



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Estudio comparativo del grado de satisfacción entre los
usuarios y no usuarios del Seguro Integral de Salud
hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital
Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2006**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios de Salud

AUTOR

Jhonny Iván RAMÍREZ CÁRDENAS

ASESOR

Herman VILDÓZOLA GONZÁLES

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ramírez J. Estudio comparativo del grado de satisfacción entre los usuarios y no usuarios del Seguro Integral de Salud hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2006 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA


UNIDAD DE POST GRADO

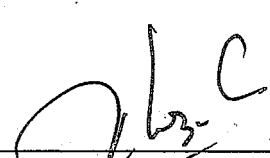


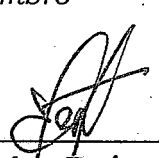
ACTA DE GRADO DE MAGISTER

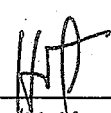
En la ciudad de Lima, a los 05 días del mes de mayo del año dos mil dieciséis siendo las 12.00 horas, bajo la presidencia del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano con la asistencia de los Profesores: Dr. Miguel Ángel Vera Flores (Miembro), Dr. Ricardo Eusebio Loza Concha (Miembro) Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán (Miembro) y el Dr. Hermán Vildózola Gonzales (Asesor); el postulante al Grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"ESTUDIO COMPARATIVO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS USUARIOS Y NO USUARIOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ - 2006"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO 16**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD** al postulante **JHONNY IVÁN RAMÍREZ CÁRDENAS**.

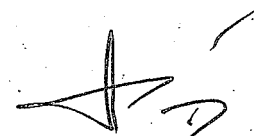
Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las **13:20** horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dr. Miguel Ángel Vera Flores
Profesor Auxiliar
Miembro


Dr. Ricardo Eusebio Loza Concha
Profesor Principal
Miembro


Mg. Luis Américo Reátegui Guzmán
Profesor Asociado
Miembro


Dr. Hermán Vildózola Gonzales
Profesor Principal
Asesor


Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano
Profesor Principal
Presidente

Dedicado a mis padres Dora y Ricardo, ejemplos de vida; y a Roxana, Kyara y Keila, mis motivos para superarme y seguir siempre adelante.

INDICE

Índice general.....	3
Resumen.....	4
Abstract.....	6
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Situación Problemática.....	8
1.2. Formulación del Problema.....	9
1.3. Justificación del Estudio.....	10
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1 Objetivo general.....	12
1.4.2. Objetivos específicos.....	12
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes de investigación.....	13
2.2. Bases Teóricas.....	13
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	33
3.1. Hipótesis de Trabajo.....	33
3.2. Variables del Estudio.....	33
3.3. Operacionalización de Variables.....	33
3.4. Procedimiento metodológico.....	35
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	42
4.1. Presentación de resultados.....	42
4.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados.....	51
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	65

RESUMEN

Introducción y objetivos:

Antecedentes: La calidad del servicio percibido por el usuario se traduce en un mayor o menor grado de satisfacción del mismo, la cual puede ser favorable o desfavorable para la institución prestadora. Los servicios de salud deben satisfacer la necesidad de los usuarios y que la satisfacción del cliente es normalmente una condición necesaria para generar su lealtad hacia la institución prestadora. La calidad puede ser considerada como un antecedente de la satisfacción o viceversa, en la atención de la salud, y uno de los parámetros para expresar la calidad es la satisfacción del usuario.

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción valorando la percepción de la calidad de atención de los usuarios atendidos por el Seguro Integral de Salud (SIS) y de los usuarios no SIS, y compararlos entre ambos grupos de usuarios hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé.

Material y Métodos: El diseño de estudio es transversal analítico. La población de estudio estará conformada por todas las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia durante los meses de noviembre 2006 hasta enero del 2007, siendo el tamaño de la muestra representativa de 229 pacientes. Se empleó como herramienta la “Encuesta de percepción de la calidad de atención de los usuarios externos en hospitalización”, diseñada y validada por la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante entrevistas directas heteroadministradas, la cual estudia las cinco dimensiones de la calidad propuestas por Parasuraman aplicando el modelo SERVPERF.

Resultados: El 59% de las entrevistadas se encuentran satisfechas con el proceso de atención en el servicio de obstetricia. El índice de satisfacción general se encontró en 7.76 (valorado en una escala del 1 al 10). No se encontró asociación entre satisfacción y la variable status (SIS vs. No SIS). El índice de satisfacción fue mayor en el dominio calidez (8.04), por el contrario se encontró un índice menor en el dominio fiabilidad (7.23). El índice de satisfacción fue mayor en las usuarias SIS (7.79) comparado con

las usuarias no SIS (7.73), siendo estas diferencias no significativas. El índice de satisfacción fue mayor en las usuarias continuadoras (7.76) comparado con las usuarias nuevas (7.66), siendo estas diferencias estadísticamente no significativas. No se encontraron diferencias significativas en cada una de las cinco dimensiones de la satisfacción cuando fueron comparados entre usuarias SIS y no SIS. Se observa que por cada día de hospitalización que pasa la usuaria aumenta su fiabilidad en 0.06 unidades en promedio, con el dominio respeto aumenta en 0.09 unidades en promedio, y con el dominio calidez aumenta 0.05 unidades en promedio. No se encontró asociación entre las variables socio demográficas y el índice de satisfacción general cuando se analizaron en conjunto.

Conclusiones: No se encontró asociación entre el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas SIS y las usuarias hospitalizadas NO SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. El índice de satisfacción de las usuarias hospitalizadas SIS fue de 7.79 (Poco satisfecho), mientras que de las usuarias hospitalizadas NO SIS fue de 7.73 (Poco satisfecho). El índice de satisfacción general de las usuarias hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia fue de 7.79 (Poco satisfecho). No se encontró asociación entre todas las variables socio demográficas (tipo, edad, status y tiempo de hospitalización) y el índice de satisfacción general. No se encontraron diferencias significativas en cada una de las cinco dimensiones de la satisfacción cuando fueron comparados entre usuarias SIS y no SIS. El mayor índice de satisfacción fue en el dominio calidez de 8.04 (moderadamente satisfecho), y menor índice de satisfacción en el dominio fiabilidad 7.23 (Poco satisfecho).

ABSTRACT

Introduction and objectives:

Background: The quality of service perceived by the user results in a greater or lesser degree of satisfaction thereof, which may be favorable or unfavorable to the lending institution. Health services should meet the needs of users and customer satisfaction is usually necessary to generate their loyalty to the lending institution condition. Quality can be considered as an antecedent of satisfaction or vice versa, in health care, and one of the parameters to express the quality is customer satisfaction.

Objective: To determine the level of satisfaction assessing the perception of the quality of care of users served by the Seguro Integral de Salud (SIS) and users will not SIS, and compared between the two groups of users hospitalized in obstetrics Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Material and Methods: The study design is analytical cross sectional. The study population will consist of all patients hospitalized in the Department of Obstetrics during the months of November 2006 to January 2007, the size of the representative sample of 229 patients. It was used as a study tool the "Encuesta de percepción de la calidad de atención de los usuarios externos en hospitalización", designed and validated by the Oficina de Gestión de la Calidad, through direct interviews with heteroadministration, which studies the five dimensions of quality proposals Parasuraman SERVPERF applying the model.

Results: 59% of respondents are satisfied with the process of care in obstetrics. The overall satisfaction was found in 7.76 (valued on a scale from 1 to 10). No association was found between satisfaction and the variable status (SIS vs. non SIS). The satisfaction rate was higher in the warmth domain (8.04), however a lower rate was found in the domain reliability (7.23). The satisfaction rate was higher in the SIS users (7.79) compared with non users SIS (7.73), these being no significant differences. The satisfaction rate was higher in the continuators users (7.76) compared to new users (7.66), with statistically not significant differences. No significant differences were found in each of the five dimensions of satisfaction when

compared among users SIS and SIS. It is observed that for each day of hospitalization passing the user increases reliability by 0.06 units on average, with respect domain increases on average 0.09 units, and the warmth domain increases on average 0.05 units. No association was found between sociodemographic variables and the overall satisfaction rate when analyzed together.

Conclusions: No association was found between the degree of satisfaction of users hospitalized SIS and SIS NO hospitalized users in the Department of Obstetrics on Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. The satisfaction rate of hospitalized SIS users was 7.79 (very satisfied), while the hospitalized nos users SIS was 7.73 (very satisfied). The overall satisfaction of users hospitalized in the Department of Obstetrics was 7.79 (very satisfied). No was found association among all socio-demographic variables (type, age, status and hospitalization time) and the rate of overall satisfaction. No was found significant differences in each of the five dimensions of satisfaction when compared among users SIS and non users SIS. The highest rate of satisfaction was in the domain warmth of 8.04 (moderately satisfied), and lower satisfaction rate in the domain reliability 7.23 (very satisfied).

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

El concepto de calidad total como producto del nuevo modelo económico social de alta relación costo-beneficio, en un mundo de acciones globales e interdependientes, ha pasado a jugar un rol decisivo, no solamente en el ámbito de la productividad primaria sino también en la de servicios. (Frias, 2007)

Hoy se impone, en el ámbito asistencial hacer modelos y acondicionar propuestas y en acciones para alcanzar este objetivo.

En la tarea de proponer un modelo "ideal" de servicio asistencial concurren un sinnúmero de determinantes, muchos de ellos previstos en las normas ISO, aunque inespecíficos, otros, en cambio, se relacionan con la eficiencia, relación costo beneficio, actitud y aptitud específica tendientes a lograr la satisfacción del usuario. (Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, 2000)

La calidad total es en sí mismo un proceso retroalimentado cuyo Out-put o rendimiento tenderá hacia el modelo ideal.

La calidad del servicio percibido por el usuario se traduce en un mayor o menor grado de satisfacción del mismo, la cual puede ser favorable o desfavorable para la institución prestadora. Además, el objetivo de los servicios de salud es el satisfacer la necesidad de los usuarios y que la satisfacción del cliente es normalmente una condición necesaria aunque no suficiente para generar su lealtad hacia la institución prestadora. (Frias, 2007)

La calidad puede ser considerada como un antecedente de la satisfacción o

viceversa, en la atención de la salud, y uno de los parámetros para expresar la calidad es la satisfacción del usuario.

En este trabajo, como punto de partida en la elaboración de las pautas generales del modelo, se determina el grado de satisfacción valorando la percepción de la calidad de atención de los usuarios atendidos por el Seguro Integral de Salud (SIS) y de los usuarios no SIS, en base a las condiciones actuales de la atención en el Servicio de Hospitalización de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Para esta actividad se ha partido del modelo denominado "tubo de la satisfacción" que contempla los siguientes parámetros: Fiabilidad, Sensibilidad, Tangibilidad, Aseguramiento, y Empatía. (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994) (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988).

Hablar de satisfacción del usuario es hablar de una apreciación binaria, no es posible medirla en niveles sino determinar su existencia o no, en este trabajo se pretende medir los niveles de satisfacción y además compararlos entre los usuarios y no usuarios SIS.

Es por estas razones que nos planteamos investigar los factores que determinan el grado de satisfacción del usuario del Seguro Integral de Salud (SIS) hospitalizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé comparando con el no usuario del SIS.

1.2 Formulación del Problema

¿Existe asociación entre el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas no SIS y las usuarias hospitalizadas SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé?

1.3 Justificación del Estudio

Uno de los Lineamientos de Política principales en el proceso de modernización del Ministerio de Salud, es elevar progresivamente la equidad en la prestación de los servicios de salud, promover la eficiencia de las intervenciones, la eficacia en el uso de los recursos, la calidad y la cobertura de los servicios al conjunto de la población, garantizando el acceso universal a los servicios de salud pública y de atención individual. El Seguro Integral de Salud (SIS) es un programa que se enmarca en este contexto para brindar asistencia social en salud y cubrir la demanda insatisfecha en grupos poblacionales de escasos recursos o pobres del Perú, a través de prestaciones constituidas principalmente por medicinas, además de insumos y servicios.

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los clientes y analizar las formas de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. Estas exigencias en los servicios de salud pueden verse reflejada en la percepción satisfactoria de los pacientes sobre la calidad de los servicios recibidos. El conocer esta percepción del paciente permitirá a la gerencia:

- Incorporar la voz del cliente en la toma de decisiones de la alta dirección y grupos de gestión
- Identificar las prioridades de los servicios esperados por los pacientes y la prioridad de los servicios a mejorar.
- Guiar las decisiones para la distribución de los recursos.
- Hacer un seguimiento del rendimiento de la institución y la competencia.
- Ver el impacto de la iniciativa de mejora de la calidad de los servicios y obtener información de manera que estimule a los servicios con excelentes rendimientos y se establezcan medidas correctivas para aquellos servicios con pobre calificación. (Frías, 2007)

La calidad del servicio percibido por el usuario del SIS en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se puede traducir en un mayor o menor grado de satisfacción del mismo, la cual puede ser favorable o desfavorable para la institución prestadora. Sabemos además, que el objetivo de los servicios de salud es el de satisfacer la necesidad de los usuarios y que la satisfacción del usuario es normalmente una condición necesaria (aunque no suficiente) para generar su lealtad (fidelización) hacia la institución prestadora del servicio.

Conociendo la percepción de la calidad por parte del usuario, la institución prestadora podrá orientar sus acciones hacia la mejora de dicha percepción brindándole una atención de calidad que satisfaga las expectativas del cliente. Ello generará su fidelización a la institución y una difusión de la calidad del servicio por parte del usuario a su entorno familiar y comunitario, ambos, clientes potenciales, lo que genera un efecto motivador para los trabajadores del servicio incentivándolos a mejorar cada día más; y los ingresos de la institución mejorarán sustancialmente, así como el prestigio global del mismo y por ende de sus trabajadores.

El hecho de que las prestaciones de salud sean subsidiadas a través del Seguro Integral de Salud generaría en el cliente una mayor satisfacción en comparación a los no usuarios del Sistema Integral de Salud debido a que no representaría un desembolso económico en la prestación del servicio, lo cual no necesariamente puede ser considerado como el único criterio de satisfacción del usuario.

En consecuencia este estudio se justifica porque determinará que la satisfacción del usuario por el servicio subsidiado de salud que recibe tiene otros factores determinantes además del factor económico, y con ello tomar decisiones en la mejora de la calidad en ambos usuarios SIS y No SIS teniendo en cuenta la marcha del Aseguramiento Universal en Salud (AUS- Ley 29344: Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud - 2008).

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la asociación entre el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas no SIS y las usuarias hospitalizadas SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- 1) Determinar el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- 2) Determinar el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas no SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- 3) Identificar los factores socio demográfico de las usuarias hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Investigación.

En el estudio “Informe de la medición de la percepción de la calidad de la atención en la hospitalización del HONADOMANI-SB, Octubre 2005” se observa que de la satisfacción en general sólo el 3.3% de los pacientes hospitalizados manifestó estar por lo menos “poco insatisfechos” con la calidad de la atención recibida durante su hospitalización. Además los índices de satisfacción fueron estadísticamente más altos en el departamento de Gineco-obstetricia que en el departamento de Pediatría ($p = 0.023$) Adicionalmente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los índices de satisfacción obtenidos por Pediatría y Cirugía pediátrica, y entre Cirugía pediátrica y Gineco-obstetricia. Se pudo deducir que nuestros pacientes claramente manifiestan su mayor insatisfacción con los factores “comida” (tangibilidad), “trámites en general” y “horario de visitas” (fiabilidad), mientras que paralelamente, manifiestan su mayor satisfacción con los factores “Trato del personal médico”, “Información sobre su diagnóstico y tratamiento” (capacidad de respuesta) y “calidez con la atención” (empatía) (Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Oficina de Gestión de la Calidad, 2005).

2.2. Bases Teóricas

Calidad

La calidad ha sido definida como el conjunto de características de servicio y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al

más bajo costo posible. Así mismo, la calidad es considerada también como la aptitud de un producto o de un servicio de satisfacer las necesidades de los usuarios (Yoshida, 1994).

Calidad de atención médica

Con los sinónimos de auditoría médica, análisis de la atención médica, monitoreo médico, verificación de la calidad de la atención médica y evaluación médica, entre otros, la calidad dentro del contexto de la atención médica es un apartado que desde hace aproximadamente 40 años ha sido estudiado en América Latina a través de diferentes metodologías, entre las cuales la integrada por Abedis Donabedian -basada en el modelo de insumo-producto que estudia los tres componentes básicos de la atención médica: la estructura, el proceso y los resultados ha sido una de las más aceptadas (Donabedian, 1990, pág. 113), (Aguirre, 1991, pág. 623).

No obstante las diferentes propuestas, la calidad de la atención médica ha sido un problema difícil de conceptualizar y evaluar, y tanto las instituciones como el personal de salud han tenido que afrontarla a escala mundial aun cuando reiteradamente se ha señalado que con esta evaluación se cometerían menos fallas, disminuirían los costos, se mejoraría la productividad, se lograría mayor competitividad, se garantizaría la permanencia en el mercado y, por consiguiente, la empresa seguiría siendo fuente de empleo.

Según lo expuesto, la calidad de la atención médica se determina como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Con este proceso ha surgido, por añadidura, la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción tanto a los usuarios internos como a los

externos (Deming, 1989).

Conforme a lo anterior, se ratifica que el acto médico no debe separarse del contexto total de atención, ya que incluye, además del clínico, el dominio socio organizativo para romper el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el simple hecho de ser médico o enfermera, o de contar con hospitales o consultorios; o en el que se equipara la cantidad con la calidad: a mayor cantidad de servicios, mayor calidad. Por el contrario, se adquieren acciones sistematizadas y planificadas que implican que la organización y los proveedores de los servicios obtengan resultados satisfactorios de acuerdo con el nivel de conocimientos profesionales vigentes en ese momento y se sientan orgullosos de su trabajo. De tal forma, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica. (Deming, WE, 1989) (Donabedian, A, 1991) (Ruelas, BE, 1994) (Cuevas, Avila, Oliver, Sumano, Palomares y Garduño, 1991) (Jones, L, 1990) (Lozada y Alvarez, 1993) (Ruiz, CH, 1990) (Salinas, Laguna y Mendoza, 1994) (Secretaría de Salud de México. Norma Técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica, 1990) (Secretaría de Salud de México. Sistemas locales de salud, 1990) (Secretaría de Salud de México. Programa Nacional de Salud, 1990) (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994).

En la actualidad, la misión de los servicios de Salud en el Trabajo en numerosas partes del mundo incluye, entre otras, la evaluación de la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios. Una parte de esta evaluación es la satisfacción del trabajador respecto a las expectativas que tiene sobre su atención (Westerolm, 1999), (Finkel, 1997).

En suma, estudios como el desarrollado permiten conocer las variables donde es posible participar en forma conjunta con autoridades institucionales, empleadoras y prestadoras de servicios, a fin de modificarlas y mejorar la calidad de la atención que se otorga a los trabajadores usuarios de los servicios de Salud en el Trabajo (Michalak, 1996), (Casparie, 1998), (Armstead & Leong, 1999)

Nuestro Sistema de salud subsidia la oferta de los servicios de salud bajo diferentes programas incluyendo al Seguro Integral de Salud (SIS) , obteniéndose una gran demanda en determinados hospitales; pero si se subsidiara no la oferta sino la demanda de los servicios de salud (bajo la forma de bonos u otros) entonces los usuarios estarían en capacidad para elegir los servicios de salud y se observaría que en aquellos hospitales donde hay una gran demanda empezaría a disminuir drásticamente por que el usuario no regresaría a algunos hospitales, debido a que ha percibido disfunciones en los procesos a pesar de manifestar su satisfacción por los servicios recibidos, es por esa razón que es muy importante determinar el grado de satisfacción real del usuario, dentro de un programa de subsidio de la oferta de salud como es el SIS, para detectar el efecto del SIS sobre la satisfacción real del usuario (Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000, 2002), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos de Políticas del sector salud 1995-2000, 2001), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos de sanitarias del Perú 2002-2012, 2002), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos Técnicos referenciales para la medición de los niveles de satisfacción de usuarios en hospitales, 2000), (Diario Oficial El Peruano, 2002).

Un problema claramente planteado por la literatura internacional establece que existe una importante tendencia de los usuarios entrevistados a manifestar elevados porcentajes de satisfacción de la atención, debido a que la percepción del beneficio obtenido por la atención es tan grande, respecto a las carencias o deficiencias del proceso de atención, que el paciente expresa el beneficio obtenido como satisfacción, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de discomfort.

Esto es más evidente en situaciones que tienen que ver con intervenciones de salud relacionadas a problemas con compromiso de la vida o acciones médicas de alta valoración en el cual este beneficio obtenido pesa más que la disfunción que se pueden dar en el proceso, y por lo tanto a pesar de éstas el usuario expresa satisfacción.

En general, los estudios realizados buscan medir la satisfacción / insatisfacción, cuantificando porcentualmente a los encuestados en satisfechos / insatisfechos, pero poco aportan sobre los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud. Tampoco realizan comparaciones entre usuarios de diferentes subsistemas en la búsqueda de criterios diferenciadores u homogeneizadores.

Un estudio de investigación realizado en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fé (Argentina) propone una mirada enriquecedora sobre la idea de satisfacción: no busca resultados de más o menos satisfacción respecto al servicio recibido en los centros sanitarios de la ciudad, sino que indaga sobre los procesos interpersonales y subjetivos que constituyen y determinan lo que se percibe como satisfactorio. Se centra en el abordaje del proceso interactivo que significa la idea de salud y enfermedad e indaga en el universo simbólico del paciente internado, siendo el lenguaje y el modo de contar la fuente mas valorada para el análisis. Este estudio resulta de especial interés ya que explora desde los propios usuarios las subjetividades que los lleva a percibir lo positivo o negativo del sistema, lo que es valorado y lo que no (Boggiano, 2004).

Conceptos relacionados con la gestión de la calidad en los servicios.

Conceptualización del término servicio. El término servicio ha evolucionado desde sus inicios, determinado por la inevitable revolución del sector terciario. Fuch expresa que “el servicio es el acto por el cual se añade valor al producto... algo intangible, que tiene una aplicación directa sobre el cliente y relaciona estrechamente al productor con el consumidor” (Fuch, 1968 citado por Frías 2007). En esta etapa, el servicio todavía existe adherido formal y realmente al producto, con la función de relacionar al productor con el consumidor, todo lo contrario a lo que sucede cuando el servicio adquiere personalidad propia: el producto se supedita a éste.

De esta forma en la década de los 80, las definiciones conceptuales reflejan

cierta autonomía, evidenciado en la proposición de Lehtinen (1983) que menciona que los servicios son actividades de naturaleza intangible en los que participa un proveedor y un cliente, generando satisfacción para este último. Se introduce el término "actividades" para formular el concepto, dando la idea de proceso, lo que implica relación al menos entre dos elementos. Norman aclara que "el servicio está formado por actos e interacciones, que son contactos sociales. El servicio es algo más que algo intangible, es una interacción social entre el productor y el cliente" (Norman, 1984 citado por Frías, Gestión de la Calidad 2007).

En las Normas ISO se define al servicio como el "Resultado generado por actividades en la interfaz entre el proveedor y el cliente y por actividades internas del proveedor, con el fin de responder a las necesidades del cliente" (Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, 2000). Cuando se habla de servicios, el concepto expresa una particularidad del proceso donde actividad y resultado coinciden en tiempo y espacio. Lo que se produce es al mismo tiempo lo que se consume. El proceso de producción del servicio es a la vez, el proceso de consumo del mismo. Según Kottler (1988) refiere que un servicio es toda actividad o beneficio que una parte ofrece a otra, esencialmente intangible y no culmina en la propiedad de la cosa; su producción no está necesariamente ligada a un producto físico.

El servicio es algo que se produce y se consume en forma simultánea. Un servicio, por lo tanto, nunca existe, solamente se puede observar el resultado después del hecho (Schroeder, 1992). Esta es la diferencia esencial entre el proceso de producción y consumo del servicio y otros procesos. Mientras que en estos últimos, como regla, el tiempo de producción y el de consumo son perfectamente distinguibles, en el servicio el tiempo de consumo y el tiempo de producción se dan de manera simultánea.

En general el servicio es la actividad de carácter fundamentalmente intangible en la que se establece una relación proveedor-consumidor, con el objetivo de satisfacer las necesidades de este último.

Características de los servicios. Los servicios se caracterizan en lo fundamental por su intangibilidad, puesto que no se pueden percibir por los sentidos antes de adquirirlos. Se prestan y consumen al mismo tiempo que son creados, en los llamados *Momentos de Verdad o decisivos* que a decir de Albrecht (1990) los servicios son episodios en los que el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y tiene una impresión sobre la calidad del servicio. El momento de verdad expresa, como se desprende de su definición la relación que existe entre proveedor y cliente en los puntos de contacto.

Los que tienen un impacto decisivo sobre las percepciones del cliente son los llamados Momentos Críticos de Verdad. Están estrechamente relacionados con el Sistema de Prioridades del Cliente, fundamentado en los conceptos de importancia, utilidad, preferencia y elección, así como con las metodologías de determinación correspondientes.

Estos "preciados instantes" en los que la capacidad de cada entidad de servicios para satisfacer a sus clientes se pone a prueba determinan en gran medida los resultados que se obtendrán en el corto, mediano y largo plazo; basados en una orientación al consumidor. Según Carlzon, la mejor aproximación para generar, de manera consistente momentos de verdad de alta calidad radica en la construcción de una empresa enfocada en el cliente (Carlzon, 1968 citado por Frías 2007).

No son objetos físicos, aunque pueden estar asociados a éstos. Su mayor o menor peso específico dependerá siempre del tipo de servicio de que se trate. Son inseparables de su fuente, ya sea una persona o una máquina, no son contables ni inventariables, a diferencia de los productos que una vez terminados entran en un proceso de almacenaje, transportación y venta. No se miden en términos físicos y por tanto no pueden ser verificados antes de ser vendidos.

El Modelo del Ciclo del Servicio. El ciclo del servicio es la serie continua de sucesos que experimenta un cliente durante la prestación del mismo. El

enfoque técnico dado por las empresas y el enfoque al cliente y al personal a colaborar con ellos es relacionado en el modelo, de manera que es posible solucionar la contradicción existente.

Cabe destacar que el consumidor puede percibir el cuadro completo, la organización como un todo, a pesar de que los Momentos de Verdad son diversos en su impacto. El Modelo permite ver las cosas como las ve el cliente (empatía), elemento de vital importancia en el logro de los objetivos de las empresas.

Aspectos generales sobre la calidad en los servicios

El concepto de calidad en los servicios. La evolución que ha experimentado el sector terciario ha sido también evidenciada en los aspectos relacionados con la calidad del mismo.

Por ser los servicios, el campo donde se mueve esta investigación, se enfatiza su análisis.

A continuación se hace referencia a los elementos más significativos en cuanto a la definición del concepto en esta esfera, en la tabla siguiente. (Frias, 2007)

Definición de calidad en los servicios.

Autor	Definición
Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989)	La calidad del servicio puede ser considerada como una actitud.
Gronroos (1982, 1984)	En la evaluación de la calidad del servicio, los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones del servicio que ellos reciben.
Lewis y Booms (1983)	La calidad del servicio es una medida de cómo el nivel de servicio desarrollado iguala las expectativas de los clientes con una base consistente.

Holbrook y Corfman y Olshavsky (1985)	Modo de evaluación o juicio de un producto o servicio similar en muchos casos a una actitud.
Holbrook y Corfman (1985)	Respuesta subjetiva de la gente a los objetos y, además, es un fenómeno altamente relativo que difiere entre distintas valoraciones.
Zeithaml (1988)	La calidad del servicio percibida se define como: la valoración que hace el consumidor de la excelencia o superioridad del servicio. Es una modalidad de actitud, relacionada, pero no equivalente a satisfacción, que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio. Toda calidad es percibida por alguien.
Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)	Es una modalidad de actitud, relacionada, pero no equivalente a satisfacción, que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio.
Bitner (1990)	La calidad del servicio percibida es una forma de actitud, una evaluación global.
Bolton y Drew (1991)	Una forma de actitud, que resulta de la comparación de las expectativas con el desempeño.
Horovitz (1993)	Nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave.
Cronin y Taylor (1992)	La calidad del servicio es lo que el cliente percibe del nivel de desempeño del servicio prestado.

En los conceptos enunciados, se puede observar la correlación existente entre lo objetivo y lo subjetivo. El tratamiento de la calidad como "percibida" resalta de una manera u otra el hecho de que está en función de la percepción del consumidor. La experiencia demuestra que los consumidores perciben la calidad de una forma mucho más amplia que las empresas; de ahí que urge la necesidad de que se defina de la misma manera que lo hacen los clientes. La Calidad Percibida es el juicio del consumidor sobre la excelencia o superioridad de una entidad en su conjunto, es una forma de actitud, semejante pero no equivalente a satisfacción. La calidad, además, no siempre es percibida de la misma manera. Cada persona determina en cada momento cuál es su calidad necesaria. Este es el gran reto, hacer

coincidir los mejores atributos en el instante que los clientes demanden productos y servicios, allí donde se encuentran, para satisfacer las necesidades en esos momentos y circunstancias.

La percepción es la forma en que cada cliente recoge, procesa e interpreta la información que proviene del entorno, es una representación subjetiva del mundo real.

La calidad como "actitud" es defendida por muchos de los autores estudiados. Se expresa como un modo de evaluación o juicio y es un fenómeno altamente relativo que difiere entre las distintas valoraciones.

La calidad del servicio y satisfacción del cliente son conceptos que están íntimamente relacionados puesto que una mayor calidad del servicio llevará a aumentar la satisfacción del consumidor, es decir, que la primera debe ser tratada como un antecedente de la satisfacción.

En el análisis se aprecian dos enfoques fundamentales (alrededor de los cuales se han conformado dos escuelas, la Nórdica y la Norteamericana) que son los más significativos en el tratamiento de la calidad del servicio y los modelos de gestión que de ellas se derivan. El primer enfoque define la calidad del servicio como calidad percibida, resultado de la comparación o de la diferencia entre expectativas y percepciones, mientras que el segundo, define la calidad como percibida, pero resultado de la percepción del desempeño del servicio prestado.

La Gestión de la Calidad. El concepto de "gestión" contiene una serie de elementos que permiten realizar una definición del mismo, asociada con el término calidad.

La ISO 9000: 2000 presenta la gestión como las "actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización" (Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, 2000).

De aquí se derivan las funciones del (Management. Business Dictionary) que según Fayol son la planificación, la organización, el mando, la coordinación y el control. (Fayol, 1968 citado por Frías 2007).

En la actualidad han sido abreviadas en cuatro funciones: Planificación, Organización, Dirección (grupo de coordinación y mando) y Control (Robbins, 2000)

Hay otros elementos muy importantes asociados al concepto de calidad y que resultan imprescindibles para obtener el resultado deseado. Entre estos pueden ser mencionados la inspección, control, aseguramiento, gestión y gestión total de la calidad.

Las nuevas exigencias asociadas a la gestión de la calidad requieren cambios de mentalidad y cultura organizativa de las empresas, así como la adecuación de las estructuras y funcionamiento de las entidades.

Conceptualmente, la gestión de la calidad es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y se lleva a cabo, tal como ha sido mencionado, por medios tales como la planificación, la inspección, el control, el aseguramiento y el mejoramiento, en el marco del sistema de la calidad.

La gestión de la calidad es responsabilidad de todos los niveles, pero debe ser conducida por el más alto nivel de la dirección. Su implementación involucra a todos los miembros de la organización y toma en cuenta los aspectos económicos. Como signo distintivo debe garantizar la participación activa y consciente de todo el personal.

Modelos de Gestión de la Calidad en los Servicios.

Los modelos de gestión en los servicios ha sido estudiada por dos escuelas fundamentales, la Nórdica y la Norteamericana, quienes han desarrollado varios modelos basados en dos paradigmas: el de la disconformidad y el del desempeño.

La escuela Nórdica distingue tres dimensiones básicas de la calidad: la técnica, la funcional y la imagen. De los tres elementos de este modelo teórico, solamente la imagen presenta rasgos externos, se proyecta hacia el exterior; pero desde adentro de la organización. Tanto el "qué" (calidad técnica), como el "cómo" (calidad funcional) constituyen elementos internos. Es preciso destacar la importancia que se atribuye al factor humano.

La escuela Norteamericana considera al cliente como el único juez de la calidad; planteando que la calidad percibida es el juicio que el cliente realiza acerca de la superioridad o excelencia global del producto, considerada una actitud, relacionada aunque no equivalente a la satisfacción y que se describe como el grado y dirección de las discrepancias entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Por otro lado, algunos autores defienden la calidad como un fenómeno actitudinal que debe ser medida en función única del desempeño, resultado o percepción y en el que no se deben tomar en cuenta las expectativas.

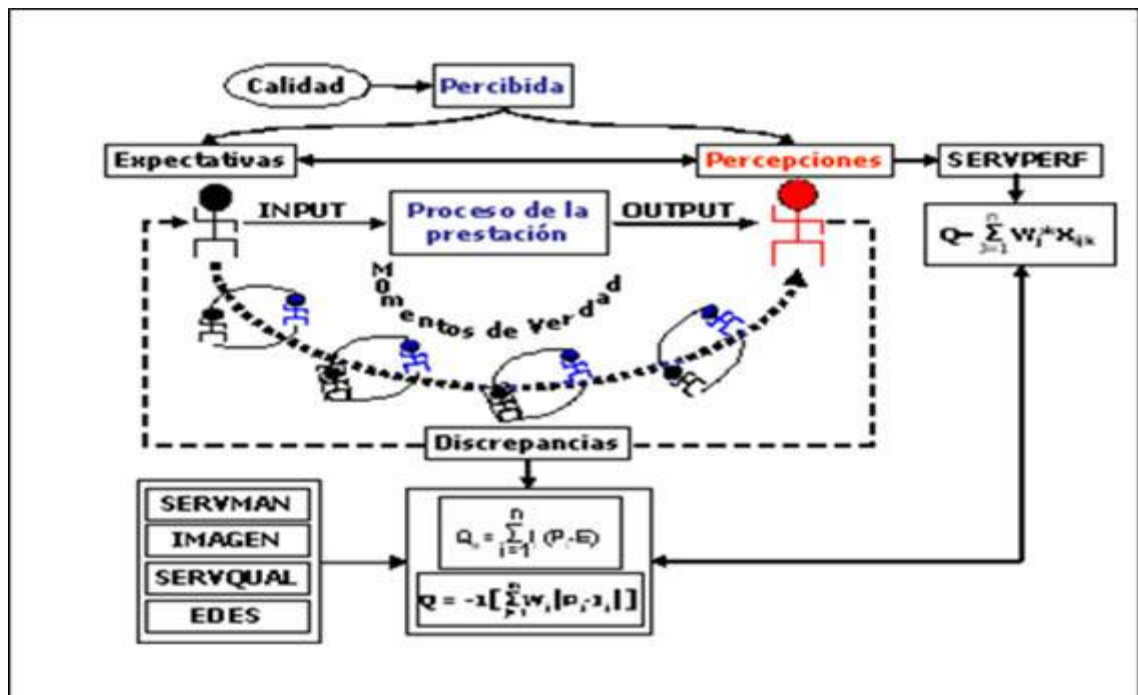
En la siguiente tabla se expresa de forma sintetizada lo expresado. (Frias, 2007).

Escuelas de la calidad en los servicios

Esc.	Paradigma	Representantes		Énfasis	Modelo
Nórdica	Disconformidad	a) Gummerson (1978) b) Lehtinen y Lehtinen Jr. (1982, 1991) c) Gronroos (1978-1994)		a) Imagen b) Calidad técnica y calidad funcional. c) Factor humano	Servman
		Parasuraman, Zeithaml, Berry	1988-1994	a) Escala de medición. b) Diferencia entre E y P.	Servqual.
Norteamericana	Disconformidad	Theas, L.	1990-1994	Punto Ideal	Edes
		a) Cronin y Taylor b) Guetty y Thompson	1990-1994	Percepciones	Actitudinal Servperf Lodgqual Hotelqual

Fuente: Frías, R., et al. (2007) (Frias, 2007).

Paradigmas que soportan la Gestión de la Calidad en los Servicios.



Fuente: Frías, R., et al. (2007) (Frias, 2007).

Nos referiremos a los modelos concernientes en esta investigación.

Modelos basados en el Paradigma de las Discrepancias. El paradigma de las discrepancias centra su criterio fundamentalmente en la medición de la calidad como resultado de la diferencia entre Percepciones y Expectativas.

- **Modelo SERVQUAL.** (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994) (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988).

Es una potente técnica de investigación que permite realizar mediciones del nivel de calidad de cualquier empresa de servicios, conocer qué expectativas tienen los clientes y cómo aprecian el servicio; diagnostica de manera global el proceso de servicio objeto de estudio. Es el modelo que más popularidad alcanzó en los años 80 y durante la primera mitad de la década de los 90. Sus autores han creado la teoría de los gaps, los cuales constituyen la esencia del modelo. Se estudian las causas de cada uno de los 4 gaps que intervienen como variables independientes, ya que el quinto se establece

como una función de los anteriores.

Estos autores desarrollan un instrumento de medición de las expectativas así como de las percepciones de los clientes en relación con el servicio ofrecido: la escala SERVQUAL. La citada escala consiste en 22 parejas de preguntas repartidas en dos secciones, una sección de expectativas y otra de percepciones. La sección de expectativas recoge las expectativas de los clientes para una categoría de servicios genérica; la sección de percepciones mide las valoraciones de un cliente sobre una empresa particular. Tanto las expectativas como las percepciones son medidas en escalas de Likert de 7 puntos (desde 1 “muy en desacuerdo” hasta 7 “muy de acuerdo”).

La medida de la calidad de servicio percibida viene dada por la suma de las diferencias (percepciones menos expectativas) entre los correspondientes ítems de las dimensiones. Aunque numerosos autores han mostrado sus críticas hacia la escala SERVQUAL, sigue siendo hoy un punto de referencia en los trabajos sobre la medición de la calidad del servicio. Las principales críticas provienen de la consideración o no de las expectativas.

El modelo ha sido objeto de muchísimas críticas entre las que se destacan problemas de naturaleza conceptual y metodológica, el número de dimensiones como comunes a cualquier tipo de servicio y la no consideración e integración de la información de importancia en el cálculo de los valores de calidad.

Modelos basados en el Paradigma de la Percepción del Desempeño.

Estos modelos sólo consideran como variable de entrada los valores de percepción del cliente sobre el desempeño del servicio prestado y surgen como una alternativa a los modelos basados en el paradigma de la disconformidad o discrepancia, en particular al Modelo SERVQUAL. Han recibido poca crítica en la literatura de servicios y siempre se han utilizado para demostrar su superioridad en validez y confiabilidad con respecto a los anteriores.

- **Modelo SERVPERF:** Es el modelo a aplicar en esta investigación.

Cronin y Taylor (1992), centran su crítica al SERVQUAL en la consideración de las expectativas del cliente para medir la calidad. Como resultado proponen la escala SERVPERF, una escala elaborada en base a los mismos ítems que la escala SERVQUAL pero en la que no incorpora las expectativas y se centra principalmente en la satisfacción del cliente.

El modelo nace como resultado de las investigaciones realizadas por Cronin y Taylor (1992) en 8 empresas de servicios. J. Joseph Cronin, en el momento de enunciarlo se desempeñaba como profesor asociado de Marketing en la Universidad Estatal de la Florida, mientras que Steven A. Taylor fungía como profesor Asistente de Marketing. El estudio se desarrolló, precisamente, en el momento en que este último era candidato a Doctor en esta propia Universidad. Según su criterio, la literatura revisada sugiere que la operacionalización del concepto calidad del servicio se confunde con el concepto de satisfacción y el de actitud. La propuesta fue validar un método alternativo para evaluar la calidad del servicio percibida y la significación de las relaciones entre calidad del servicio, satisfacción del cliente e intenciones de volver a comprar.

Basándose en una serie de cuestionarios, contrastaron la medición de la calidad realizada mediante la discrepancia entre expectativas y percepciones de los consumidores y la realizada solamente con las percepciones o actitudes de los mismos. Se utilizaron los 22 ítems propuestos por SERVQUAL, sugiriendo por un lado aplicar SERVQUAL y por otro mesurar la calidad sólo con el test de percepciones que propone este modelo. Discutido en la revisión bibliográfica y según las pruebas practicadas por Cronin y Taylor (1992), la escala SERVPERF parece conformar más de cerca las implicaciones sobre actitudes y satisfacción. La literatura de marketing, ofrece un soporte considerable a la superioridad de la medida de la calidad del servicio basada simplemente en el desempeño (Bolton, Ruth N., and James H. Drew (1991), "A Longitudinal Análisis of The Impact of Service Changes on Customer Attitudes", Journal of Marketing, 55 (January), 1-9, (1991b) "A Multistage Model of Customer Assessment of Service Quality

and Value", *Journal Consumer Research*, 17 (March), 375-384; Churchill, Gilbert A., Jr., and Carol Suprenant (1982), "An Investigation Into The Determinants of Customer Satisfaction", *Journal of Marketing Research*, 19 (November), 491-504; Mazis, Michael B., Olli T. Ahtola, and R. Eugene Klippel (1975), "Comparison of Four Multi Attribute Models in The Prediction of Consumer Attitudes", *Journal of Consumer Research*, 2 (June), 38-52; Woodruff, Robert B., Ernest R. Cadotte, and Rogger L. Jenkins (1983), "Modelling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms", *Journal of Marketing Research*, 20 (August), 296-304.

De esta manera, se expone que SERVPERF tendrá una mejor aceptación debido a que la medición exclusivamente de la percepción del desempeño refleja con mayor exactitud la realidad del servicio prestado.

Como resultado obtuvieron que:

- 1) La calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del cliente.
- 2) La satisfacción del cliente tiene un efecto significativo en la intención de compra del cliente.
- 3) La calidad del servicio tiene menos efecto en la intención de compra que la satisfacción del cliente.

Deducen que el modelo SERVQUAL de Zeithaml, Parasuraman y Berry (1988), no es el más adecuado para medir la calidad del servicio debido a las deficiencias analizadas.

Las expectativas son el componente del instrumento SERVQUAL que más controversias ha suscitado por los problemas de interpretación que plantea a los encuestados, suponen una redundancia dentro del instrumento de medición ya que las percepciones están influenciadas por las expectativas y por su variabilidad en los diferentes momentos de la prestación del servicio.

La conclusión principal de Cronin y Taylor es que las conceptualizaciones y mediciones actuales de la calidad del servicio están basadas en un paradigma defectuoso, sugiriendo que debería medirse por medio de

actitudes. El análisis estructural soporta la superioridad teórica del modelo propuesto. Finalmente sugieren que los puntos de las escalas de medición de la calidad del servicio deben ser diferentes de una industria a otra.

Partiendo de que la calidad del servicio y la satisfacción son constructos diferentes, la aceptación más común de las diferencias entre ambos elementos es que la calidad del servicio percibida es una forma de actitud, una evaluación global, mientras que la satisfacción es la medida de una transacción específica.

El tratamiento de las expectativas como "lo esperado" está basado en las experiencias del consumidor con un tipo específico de organización de servicio.

De aquí que Cronin y Taylor afirmen que la literatura del servicio ha confundido la relación entre satisfacción del consumidor y calidad del servicio. Esta distinción es importante tanto para los gerentes de servicio como para investigadores porque los prestatarios necesitan conocer si lo esperado por los consumidores se corresponde o no con el nivel de prestación, o si están satisfechos o no con el máximo de calidad percibida. La importancia de este resultado ha sido un serio esfuerzo para clarificar la relación entre satisfacción y calidad del servicio.

Dimensiones de la calidad del servicio.

La medición de la calidad del servicio debe ser realizada a través de los atributos en los que se fijan los clientes para juzgarla. La literatura se refiere a estos atributos con el término de dimensiones.

Con el estudio de la dimensionalidad las empresas disponen de información relevante que les indica en qué aspectos debe centrar los esfuerzos para que sean realmente apreciados, consiguiendo altas tasas de retorno en las inversiones.

SERVPERF utiliza las cinco dimensiones propuestas por SERVQUAL: Elementos Tangibles, Fiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía para su aplicación:

- Tangibilidad: como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
- Confiabilidad: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
- Respuesta del personal: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de prever el servicio con prontitud y esmero.
- Seguridad: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.

Calidez o empatía: el cariño, la atención individualizada que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994) (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988).

Determinantes de la Calidad percibida de un servicio

Las determinantes de la calidad percibida incluyen aspectos personales, información sobre los servicios y factores propios de cada situación (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994), (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988). Dentro de ella tenemos:

- Necesidades personales
- Experiencia anterior
- Comunicaciones boca a boca
- Promesas explícitas e implícitas sobre los servicios
- Rol autopercebido del servicio
- Alternativas percibidas del servicio
- Factores situacionales

Existe un grado de tolerancia que el usuario esta dispuesto a aceptar, caso

contrario no regresará. Esta respuesta es mas visible en la producción y en los servicios donde el puede tener libre selección; lo que no acontece siempre en los servicios de salud, donde se puede encontrar con un único proveedor. Sin embargo aún en este caso opta por cambiar de establecimiento aunque pertenezca al mismo proveedor. De aquí surge el concepto no solo de satisfacción sino de fidelidad del usuario que significa que regrese a buscar servicios en el mismo lugar.

Seguro Integral de Salud (SIS)

Uno de los Lineamientos de Política principales en el proceso de modernización del Ministerio de Salud, es elevar progresivamente la equidad en la atención de los servicios de salud, promover la eficiencia de las intervenciones, la eficacia en el uso de los recursos, la calidad y la cobertura de los servicios al conjunto de la población, garantizando el acceso universal a los servicios de salud pública y de atención individual. El Seguro Integral de Salud (SIS) es un seguro subsidiado de atención en salud, que se enmarca en este contexto para brindar asistencia social en salud y cubrir la demanda insatisfecha en grupos poblacionales de escasos recursos o pobres del Perú, a través de prestaciones constituidas principalmente por medicinas, además de insumos y servicios (Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000, 2002), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos de Políticas del sector salud 1995-2000, 2001), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos de sanitarias del Perú 2002-2012, 2002), (Ministerio de Salud del Perú, Lineamientos Técnicos referenciales para la medición de los niveles de satisfacción de usuarios en hospitales, 2000), (Diario Oficial El Peruano, 2002).

El hecho de que las prestaciones de salud sean subsidiadas a través del SIS generaría en el cliente una mayor satisfacción en comparación a los no usuarios del SIS debido a que adicionalmente no reportaría un desembolso económico en la prestación del servicio, lo cual no necesariamente puede ser considerado como un criterio de satisfacción de la expectativa del

servicio por evaluarse en el estudio. La calidad puede ser considerada como un antecedente de la satisfacción o viceversa, en la atención de la salud; la calidad no puede expresarse solamente como satisfacción, aunque es un elemento indispensable o una dimensión de la calidad.

Además la calidad es un eje temático crítico en el diseño sistémico del SIS, siendo uno de los cuatro procesos fundamentales identificados para su sostenibilidad y viabilidad prospectiva, estando incorporado explícitamente en el Reglamento de Organización y Funciones del SIS (DS N°: Agosto 2002), estructuralmente a cargo de la Gerencia de Operaciones, constituyendo la satisfacción del usuario un componente clave (Diario Oficial El Peruano, 2002)

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. Hipótesis de Trabajo

Hipótesis General:

El grado de satisfacción de las usuarias con SIS es mayor que en las usuarias sin SIS hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

3.2. Variables del Estudio

Componentes de la Hipótesis	
<ul style="list-style-type: none"> VARIABLE INDEPENDIENTE 	<ul style="list-style-type: none"> Usuaría hospitalizada con Seguro Integral de Salud (SIS) Usuaría hospitalizada sin Seguro Integral de Salud (SIS)
<ul style="list-style-type: none"> VARIABLE DEPENDIENTE 	<ul style="list-style-type: none"> Grado de Satisfacción del Usuario.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSION	TIPO	DEFINICION	NATURALEZ A	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
GRADO DE SATISFACCION	Tangibles	Categórica	Apariencia de las instalaciones, del equipo y del personal	Cualitativa	Ordinal, Insatisfacción (0-4) Neutro (5) Satisfacción (6-10)	Promedio de la suma de los ítem 1,2 y 3	Encuesta
	Fiabilidad	Categórica	Habilidad para brindar el servicio ofrecido con garantía y precisión	Cualitativa	Ordinal, Insatisfacción (0-4) Neutro (5) Satisfacción (6-10)	Promedio de la suma de los ítem 4,5 y 6	Encuesta
	Capacidad de Respuesta	Categórica	Buena voluntad para ayudar al paciente y dar el servicio con prontitud	Cualitativa	Ordinal, Insatisfacción (0-4) Neutro (5) Satisfacción (6-10)	Promedio de la suma de los ítem 7, 8 y 9	Encuesta
	Seguridad	Categórica	Conocimientos y cortesía de los prestadores y habilidad para transmitir credibilidad y confianza	Cualitativa	Ordinal, Insatisfacción (0-4) Neutro (5) Satisfacción (6-10)	Puntaje obtenido ítem 10	Encuesta
	Empatía	Categórica	Cuidado, atención individualizada.	Cualitativa	Ordinal, Insatisfacción (0-4) Neutro (5) Satisfacción (6-10)	Puntaje obtenido ítem 11	Encuesta
SEGURO INTEGRAL DE SALUD		Categórica	Seguro de salud estatal para personas en pobreza y vulnerabilidad	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Evaluación Socio económica	Historia Clínica
Edad		Númérica	Edad al momento de encuesta	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Encuesta
Tiempo de Hospitalización		Númérica	Tiempo de hospitalización al momento de encuesta	Cuantitativa	Discreta	Días de hospitalización	Encuesta
Tipo de usuario		Categórica	Según sea 1ra hospitalización (nueva) o 2 o más hospitalizaciones (continuadora)	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Nueva, Continuadora.	Encuesta

3.4. Procedimiento Metodológico.

Tipo de estudio y Diseño de Investigación.

El presente estudio siguió un diseño de tipo observacional, analítico, transversal, con el objeto de valorar la percepción de la calidad de la atención a través del grado de satisfacción y su asociación con la afiliación al Seguro Integral de Salud de las usuarias hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del HONADOMANI San Bartolomé.

Población de Estudio y Muestra.

La población. La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia durante los meses de noviembre 2006 hasta enero 2007. La cual según la Oficina de Estadística e Informática del HONADOMANI San Bartolomé para el año 2005 el total de pacientes hospitalizados en el servicio de Obstetricia de aproximadamente 6000, y para el primer trimestre fue de 1746 pacientes, siendo esta cantidad la que será considerada como la población de nuestro estudio.

Cálculo del Tamaño de la Muestra. Haciendo uso de software estadístico (Epiinfo 6,2), y considerando un intervalo de confianza de 95%, con una probabilidad de insatisfacción del 15% (según última encuesta de satisfacción San Bartolomé 15% de insatisfacción, año 2006) y un error esperado del 5% la muestra fue de 176, luego se le agrego un porcentaje mayor al 20% de perdidas lo cual dio una muestra final de 229 pacientes.

Procedimiento o Metodología de Muestreo. Probabilístico, correspondiente a un Muestreo Aleatorio Simple.

Criterios de inclusión

- Paciente nueva o continuadora hospitalizada al menos con 24 horas de estancia hospitalaria, en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente con compromiso del sensorio.
- Paciente que haya sido encuestada previamente.
- Paciente con dos o más hospitalizaciones en el periodo de estudio.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se uso la metodología SERVPERF, que utiliza las cinco dimensiones de satisfacción propuestas por Parasuraman en el modelo SERVQUAL:

- Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones, del equipo y del personal.
- Confiabilidad: Habilidad para brindar el servicio ofrecido con garantía y precisión.
- Capacidad de respuesta: Buena voluntad para ayudar al cliente y proveer el servicio con prontitud.
- Seguridad: Conocimientos y cortesía de los prestadores y su habilidad para transmitir credibilidad y confianza.
- Empatía: Cuidado, atención individualizada.

Instrumento.

Se empleó como herramienta la “Encuesta de percepción de la calidad de atención de los usuarios externos en hospitalización”, siguiendo el modelo de la percepción del desempeño de la metodología SERVPERF, para servicios de salud, diseñada y validada (Alfa de Cronbach=0.7977) por la Oficina de Gestión de la Calidad del HONADOMANI San Bartolomé, mediante entrevistas directas, en el año 2006, realizando un análisis factorial de las encuesta (Software para la evaluación de encuesta de usuario en salud) SEEUS – MINSA.

La “Encuesta de percepción de la calidad de atención de los usuarios externos en hospitalización” (Anexo) es una guía de entrevistas compuesta por un total de 17 ítems divididos en dos partes:

- Parte 1: Referida al perfil del paciente como usuario externo de nuestro hospital (5 ítems).
- Parte 2: Referida a la percepción de la calidad de la atención durante la hospitalización (12 ítems).

Cada uno de los ítems de la encuesta está planteado en un lenguaje directo y sencillo utilizando en la primera parte preguntas estructuradas, en la segunda preguntas en una escala analógica visual de 10 puntos.

Cada paciente al término de la visita médica por la mañana, fue invitado a participar en la encuesta por un miembro de un equipo de encuestadores previamente capacitados, y todos aquellos que acepten participar fueron entrevistadas siguiendo la guía del encuestador (Anexo).

Partes del instrumento

PARTE 1: Identificación del entrevistado

Esta primera parte de la encuesta tuvo como objeto identificar y caracterizar el usuario externo hospitalizado. Para ello incluyó los siguientes cinco ítems estructurados, los mismos que fueron utilizados como variables de tipo control:

- Tipo de entrevistado.- Clasificado como paciente o acompañante.
- Edad del paciente: Edad de la paciente.
- Tipo de usuario: Clasificado como nuevo o continuador.
- Status del paciente.- Clasificado No SIS y SIS.
- Tiempo de hospitalización.- Días de hospitalización del paciente, al momento de la encuesta.

PARTE 2: Percepción de la calidad de atención recibida en hospitalización.

Esta segunda parte de la encuesta tiene por objeto evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del cliente, y se basa en el Modelo de la Deficiencias propuesto por Parasuraman et al (1988), respecto de la calidad de los servicios. Tal cual propone la metodología servqual se consideraron las siguientes dimensiones de la calidad:

- Elementos tangibles.- En referencia al grado de satisfacción y confort que inspiran en el usuario externo hospitalizado la señalización y comodidad del hospital, la limpieza de las instalaciones y la comida recibida durante su hospitalización.
- Fiabilidad: Referida a la habilidad del hospital para prestar un servicio en la hospitalización a la medida de las expectativas de los pacientes, esto es, a través de la valoración del grado de

satisfacción y confort que inspiran en el usuario externo hospitalizado respecto del tiempo de espera durante su admisión, los trámites en general y el horario de visitas.

- Capacidad de respuesta: Referido a la disposición y voluntad de los trabajadores del hospital para ayudar al cliente y proporcionar un servicio en la hospitalización de calidad, esto es, a través de la valoración del grado de satisfacción del paciente con el trato del personal de salud no médico, el trato del personal médico y la información sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Seguridad: Referido al conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza durante la prestación del servicio en la hospitalización, esto es, a través de la valoración del grado de satisfacción del paciente con el respeto a la intimidad del paciente.
- Empatía: En referencia al grado de satisfacción del paciente respecto de la atención individualizada recibida durante su estancia hospitalaria, entendida como la percepción de la calidez de la atención.

Así mismo con el objeto de ponderar las respuestas a cada uno de los ítems de la encuesta, tal como sugieren Parasuraman et al (1994), el ítem 12 (Calidad de la atención en general) de la segunda parte de la encuesta será modelado en función de los restantes 11 ítems de esta parte de la encuesta, lo cual permitirá mediante el promedio simple, construir el correspondiente índice de satisfacción global, el cual nos servirá posteriormente para comparar los niveles de satisfacción según las diferentes variables de control.

El plan de recolección de datos.

Para aplicar la encuesta de forma aleatoria, dividimos el número de usuarias de nuestra muestra (220), entre las semanas de los tres meses de estudio (12), siendo 19 pacientes a encuestar por semana, y de 4 a 5 pacientes diario de lunes a viernes. Estas pacientes estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé durante el periodo de noviembre 2006 a enero 2007.

La aplicación de la encuesta se dio inmediatamente después de la visita médica matutina y estuvo a cargo de personal capacitado y entrenado en el uso apropiado del instrumento de recolección de datos. Los encuestadores llevaron consigo una guía que les recordaba los principales aspectos a considerar en la aplicación de la encuesta.

Procedimiento durante el recojo de información de la encuesta:

- El encuestador se identificó y expuso brevemente el objetivo de la encuesta.
- Se preguntó al usuario si podía brindarnos su opinión acerca de la atención recibida haciéndole saber que es confidencial y anónima.
- No se trató de influenciar las respuestas de los usuarios.
- Se verificó antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas.
- Se agradeció la información brindada y se revisó las anotaciones para cada pregunta al término del recojo diario de la información.

Tratamiento o Procesamiento de los Datos

Una vez realizadas las encuestas, se realizó un primer control de calidad teniendo en cuenta de entregar al digitador encuestas que estén registradas adecuadamente. Toda la información recolectada fue vertida a una base de datos de tipo Excel y luego se ingresaran

los datos al programa estadístico STATA v. 11.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA) en donde se realizó el análisis final.

Análisis e Interpretación de los Datos

Teniendo en cuenta lo siguiente:

-Análisis univariado: Se realizara medidas de frecuencia para variables categóricas y medidas de dispersión y tendencia central para variables numéricas, además se evaluara la normalidad de la variable respuesta para la aplicación de estadística paramétrica.

-Análisis bivariado: Se realizara test de student para la asociación entre la variable respuesta y las variables categóricas.

-Análisis multivariado: Se realizara una regresión lineal modelando la variable respuesta con la variable independiente y el resto de covariables, así como los dominios de la satisfacción.

Las variables cualitativas fueron resumidas según sus frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas fueron resumidas de acuerdo a su media, desviación estándar, valores máximo y mínimo.

En todos los casos se trabajará con un nivel de significación de $p < 0.05$.

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia durante los meses de noviembre 2006 hasta enero 2007. Según la Oficina de Estadística e Informática del HONADOMANI San Bartolomé para el año 2005 en el servicio de Obstetricia para el primer trimestre fue de 1746 pacientes, considerando como la población de nuestro estudio, con una muestra final de 229 pacientes.

Se observa que de las 229 entrevistadas el 44.5% fueron pacientes nuevas para nuestro hospital, siendo este menor a la mitad de la muestra de estudio; además la mitad de la muestra en un 50.2% fueron usuarias con seguro integral de salud y la otra mitad sin seguro integral de salud; la edad promedio de las entrevistadas fue de 27.7 años y en promedio su estancia hospitalaria fue de 3.4 días. El índice general de satisfacción en promedio fue de 7.76 (Poco Satisfecho) valorado en una escala de 1 a 10 puntos. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Variables generales

Variables		Cantidad	Porcentaje (%)
Tipo de usuaria	Nueva	102	44.5
	continuadora	127	55.5
Status	No SIS	114	49.8
	SIS	115	50.2
		Promedio	Desv. estándar
Edad (años)		27.7	7.2
Tiempo de hospitalización (días)		3.4	3.3
Índice general satisfacción		7.76	1.06
<ul style="list-style-type: none"> Índice general valorado en una escala del 1 al 10 			

Fuente. **Encuesta**

Para poder encontrar el nivel de usuarios satisfecho se tomo como punto de corte el nivel 8 (Moderadamente satisfecho) de la escala valorada del 1 al 10, el cual representa el 80% de la satisfacción global.

Se observa que del total de las usuarias entrevistadas el 58.9% se encuentran satisfechas (Moderadamente a más). (Ver Figura 1)

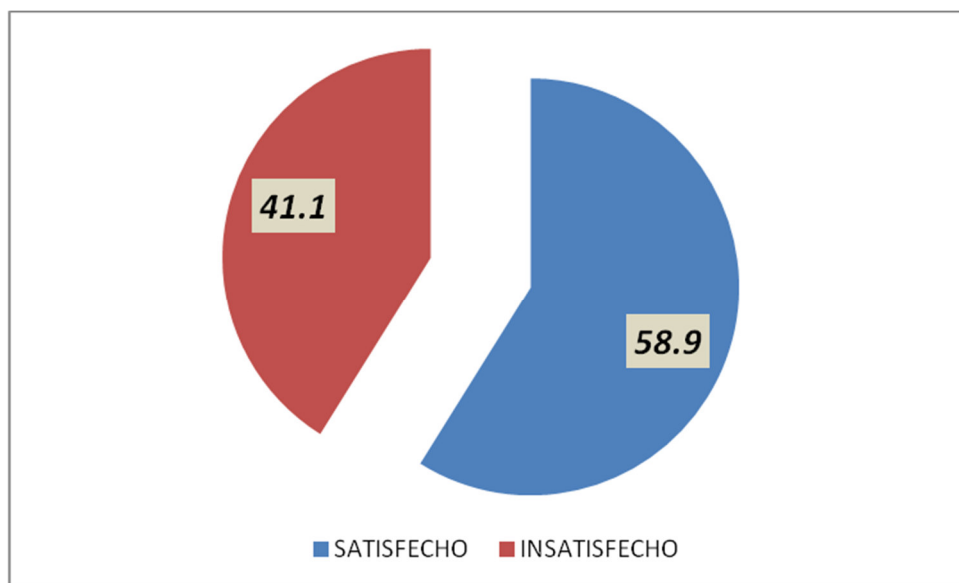


Figura 1. Satisfacción del usuario. Encuesta

Observamos la figura de distribución de la variable índice de satisfacción general, la cual muestra una distribución casi normal, esto aunado al valor que nos arroja kurtosis con una distribución leptocúrtica (implica una mayor concentración de datos muy cerca de la media de la distribución coexistiendo al mismo tiempo con una relativamente elevada frecuencia de datos muy alejados de la misma), podemos afirmar que esta variable tiene una distribución normal, por lo que se aplico pruebas paramétricas para esta variable. (Ver figura 2)

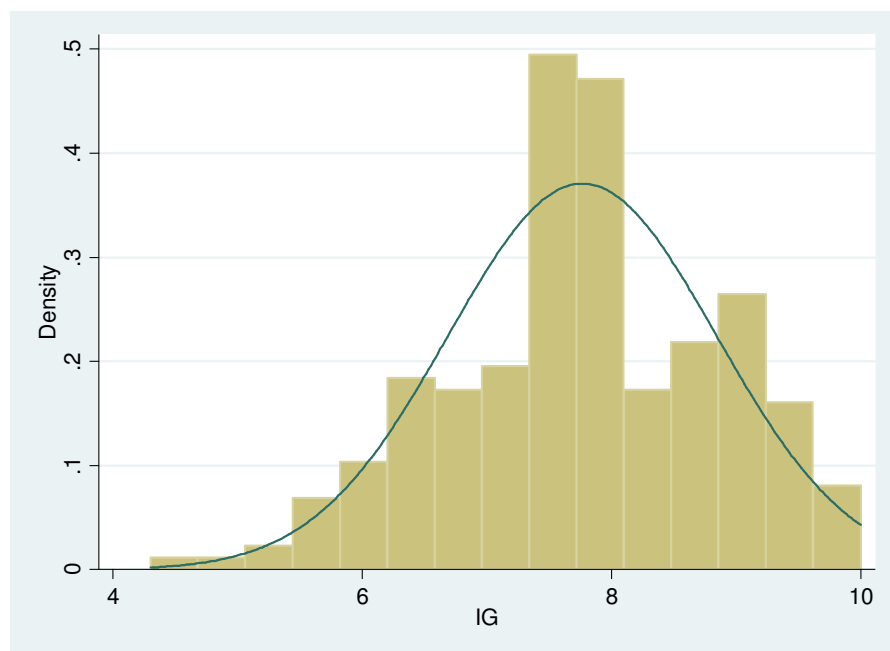


Figura 2. Distribución del índice general de satisfacción. Encuesta

Descriptivos del Índice de satisfacción general para analizar su comportamiento normal

	Percentiles	Smallest		
1%	5.201835	4.302752		
5%	5.880734	4.93578		
10%	6.229358	5.201835	Obs	229
25%	7.174312	5.385321	Sum of Wgt.	229
50%	7.743119		Mean	7.765915
		Largest	Std. Dev.	1.076019
75%	8.587156	9.651376		
90%	9.211009	9.770642	Variance	1.157817
95%	9.440367	10	Skewness	-.292504
99%	9.770642	10	Kurtosis	2.858754

Se encontró en los índices promedios de los dominios que explican la satisfacción general, que el promedio más alto lo presenta el dominio calidez (8.04 = Moderadamente satisfecho) y el más bajo el dominio fiabilidad (7.23 = Poco satisfecho). (Ver cuadro 2)

Cuadro 2: Promedios de los cinco dominios que explican el índice de satisfacción.

Dominios	Media	Desv estándar
Tangibles	7.62	1.30
Fiabilidad	7.23	1.41
Capacidad Respuesta	7.89	1.23
Respeto	7.43	1.85
Calidez	8.04	1.31

Fuente. **Encuesta**

Comparando entre el dominio tangible y la variable status (SIS/no SIS) se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios de las categorías de la variable status ($p = 0.1918$), siendo ligeramente mayor el promedio en las pacientes SIS.

Comparando entre el dominio fiabilidad y la variable status (SIS/no SIS) se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios de las categorías de la variable status ($p = 0.7538$), siendo ligeramente mayor el promedio en las pacientes no SIS.

Comparando entre el dominio capacidad de respuesta y la variable status (SIS/no SIS) se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios de las categorías de la variable status ($p = 0.8846$), siendo ligeramente mayor el promedio en las pacientes SIS.

Comparando entre el dominio respeto y la variable status (SIS/no SIS) se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios de las categorías de la variable status ($p = 0.7379$), siendo ligeramente mayor el promedio en las pacientes no SIS.

Comparando entre el dominio calidez y la variable status (SIS/no SIS) se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios de las categorías de la variable status ($p = 0.6528$), siendo ligeramente mayor el promedio en las pacientes no SIS.

En general no se encontraron diferencias significativas en cada uno de los cinco dominios o dimensiones de la satisfacción comparando con la variable status entre usuarios SIS y usuarios no SIS.

No se encontraron diferencias significativas entre la variable tipo de seguro y la satisfacción general ($p = 0.6344$) observándose que las pacientes SIS tienen un índice promedio mayor que las pacientes no SIS. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3: Comparando los dominios y satisfacción general con la variable status (SIS/ No SIS)

Dominios	No SIS		SIS		Valor p
	Media	Desv estándar	Media	Desv estándar	
Tangibles	7.51	1.35	7.73	1.25	0.191
Fiabilidad	7.25	1.41	7.19	1.42	0.753
Capacidad_Respuesta	7.88	1.25	7.90	1.21	0.884
Respeto	7.47	1.77	7.39	1.94	0.737
Calidez	8.00	1.32	8.07	1.30	0.652
Satisfacción general	7.73	1.12	7.79	1.03	0.634
<ul style="list-style-type: none"> • $P < 0.05$: estadísticamente significativo 					

Fuente. **Encuesta**

Se busco asociación entre los promedios de los tipos de usuarias (nuevas vs continuadora), en relación a la satisfacción general, encontrándose un $p = 0.999$, siendo muy similares los promedios encontrados, sin diferencias significativa entre ambos. (Ver cuadro 4)

Cuadro 4: Buscando diferencias significativas entre los tipos de usuarios en relación a su índice de satisfacción.

	Nueva		Continuadora		Valor p
	Media	Desv estandar	Media	Desv estandar	
Satisfacción general	7.66	1.11	7.76	1.04	0.999
<ul style="list-style-type: none"> • $P < 0.05$: estadísticamente significativo 					

Fuente. **Encuesta**

No se encontraron asociación entre la variable edad y la satisfacción general ($p=0.086$).

Se encontró asociación entre la variable tiempo de hospitalización y el índice de satisfacción general. Se evidencia que por cada día que pasa hospitalizada una usuaria la satisfacción aumenta 0.04 unidades en promedio. (Ver cuadro 5)

Cuadro 5: Asociación entre la variable edad, tiempo de hospitalización y el índice de satisfacción general

Variables	Coef	Valor p	IC
Edad	0.016	0.086	-0.002 – 0.036
Tiempo de hospitalización	0.042	0.045	0.000 – 0.084
P < 0.05: estadísticamente significativo			

Fuente. **Encuesta**

No se encontró asociación entre la variable status (SIS/No SIS) y la Respuesta de satisfacción general (Satisfecho/Insatisfecho). (Ver cuadro 6)

Cuadro 6: Asociación entre la variable status (SIS/No SIS) y variable respuesta de satisfacción general.

	Status		Total
	No SIS	SIS	
Insatisfecho	68 (50.37)	67 (49.63)	135 (100.00)
Satisfecho	46 (48.94)	48 (51.06)	94 (100.00)
Total	114 (49.78)	115 (50.22)	229 (100.00)

Pearson chi2 (1) = 0.0456 Pr = 0.831

Fuente. **Encuesta**

No se encontró ninguna variables socio demográficas (edad, tiempo de hospitalización, tipo de usuario y status) asociada a satisfacción general. (Ver cuadro 7)

Cuadro 7: Modelando la variable índice de satisfacción general con las variables socio demográficas.

	Coef	Valor p	IC
Edad	0.014	0.161	-0.005 – 0.033
Tiempo de hospitalizac	0.037	0.094	-0.006 – 0.080
Tipo de usuario	-0.010	0.943	-0.291 – 0.270
Status	0.022	0.875	-0.261 – 0.307

Fuente. Encuesta

Modelando cada uno de los dominios de satisfacción con las variables socios demográficos:

Se observa que por cada día de hospitalización que pasa la usuaria aumenta la Tangibilidad en 0.04 unidades en promedio, además por cada año de edad que aumenta la usuaria la fiabilidad aumenta en promedio 0.01 unidades. (Ver cuadro 8).

Cuadro 8: Modelando dominio Tangibilidad con las variables socio demográficas.

	Coef	Valor p	IC
Edad	0.013	0.279	-.0107505 .0370596
Tiempo de hospitalización	0.042	0.113	-.0101221 .09547
Tipo de usuario	0.108	0.532	-.2329421 .4496618
Status	0.175	0.318	-.1700006 .520574

Fuente. Encuesta

Se observa que por cada día de hospitalización que pasa la usuaria aumenta la fiabilidad en 0.06 unidades en promedio, además por cada año de edad que aumenta la usuaria la fiabilidad aumenta en promedio 0.02 unidades. (Ver cuadro 9).

Cuadro 9: Modelando dominio Fiabilidad con las variables socio demográficas.

	Coef	Valor p	IC	
Edad	0.026	0.046	.0004418	.0518333
Tiempo de hospitalización	0.062	0.031	.0056831	.119185
Tipo de usuario	-0.052	0.777	-.4195802	.3141576
Status	-0.134	0.474	-.5060854	.2362201

Fuente. **Encuesta**

Se observa que por cada año de edad que aumenta en la usuaria aumenta el dominio Capacidad de respuesta en 0.01 unidades en promedio. (Ver cuadro 10).

Cuadro 10: Modelando dominio Capacidad de Respuesta con las variables socio demográficas.

	Coef	Valor p	IC	
Edad	0.010	0.345	-.0118326	.0337151
Tiempo de hospitalización	-0.022	0.376	-.0729206	.0276747
Tipo de usuario	0.039	0.810	-.2854616	.3648411
Status	0.054	0.745	-.27464	.3832562

Fuente. **Encuesta**

Se observa que por cada día de hospitalización que pasa la usuaria aumenta el dominio respeto en 0.09 unidades en promedio. (Ver cuadro 11).

Cuadro 11: Modelando dominio Respeto con las variables socio demográficas.

	Coef	Valor p	IC	
Edad	-0.001	0.944	-.0351782	.0327513
Tiempo de hospitalización	0.092	0.015	.0179101	.1679373
Tipo de usuario	-0.158	0.520	-.6433693	.3264878
Status	-0.202	0.418	-.6926305	.2885514

Fuente. **Encuesta**

Se observa que por cada día de hospitalización que pasa la usuaria aumenta el dominio calidez en 0.05 unidades en promedio. (Ver cuadro 12).

Cuadro 12: Modelando dominio Calidez con las variables socios demográficas.

	Coef	Valor p	IC
Edad	0.016	0.182	-.0076743 .0402874
Tiempo de hospitalización	0.051	0.050	-.001044 .1048829
Tipo de usuario	-0.050	0.772	-.3927182 .2920505
Status	0.014	0.935	-.3321286 .3606359

Fuente. **Encuesta**

Como se puede observar la variable tiempo de hospitalización esta asociada con los dominios calidez, respeto y fiabilidad, aumentando estos dominios probablemente por la empatía y la confianza que se le muestra en el servicio de obstetricia.

4.2. ANALISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Existen diferentes investigaciones que han evaluado la calidad, mediante la medición de la satisfacción desde diferentes perspectivas, algunas desde la visión del proveedor y otras desde la perspectiva del cliente, las cuales se establecerán para ser discutidos en nuestro trabajo.

En la calidad de servicios de una institución participan diferentes miembros del equipo de salud; sin embargo, los diferentes servicios de salud, necesitan conocer el proceso de calidad, como un estímulo para el desarrollo de una atención al paciente, en forma eficiente, libre de riesgo, oportuna, segura, humana y sistemática, haciendo uso del control y mantenimiento de los recursos disponibles (Alvarado, 2000).

Schufer de Paikin, M. (1983) en su estudio analiza la influencia de variables básicas tales como edad, sexo y nivel socioeconómico sobre algunos aspectos de la relación médico-paciente: ante que síntomas recurre al médico, como lo elige, razones para estar satisfecho o insatisfecho con un médico y casos en los que no recurre al médico. Se encuestaron 302 pacientes intervenidos, residentes en la ciudad de Buenos Aires, encontrando que el nivel socioeconómico, el sexo y la edad tienen influencia sobre las respuestas de los pacientes, siendo el primero el que apareció como determinante en el mayor número de variables consideradas, lo cual puede variar la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios. En nuestro estudio la edad no está asociada con el índice de satisfacción global.

En otro reporte Pérez e Ibarra (2005) expone tanto las características fundamentales de las investigaciones evaluativas como las investigaciones de la satisfacción en los servicios de salud que constituyen un subconjunto del conjunto general de las investigaciones evaluativas, en este estudio se

recomienda la ejecución de investigaciones de este tipo a nivel nacional y la creación de un Sistema de Retroalimentación sobre la satisfacción de la población, fundamentalmente para los subsistemas de asistencia médica, de salud y de docencia, lo cual muestra que para brindar servicios de salud es importante que el cliente se encuentre satisfecho.

En el Hospital Universitario de Río Janeiro (HUPE), se realizó una investigación exploratoria referida a la satisfacción en 158 pacientes que acudieron al hospital para la primera consulta, en donde se refiere que existe divergencia entre las opiniones de los usuarios de los servicios, esto probablemente debido a los orígenes sociales diferentes y expectativas distintas de los entrevistados, lo cual nos manifiesta que la opinión de la calidad de la atención no depende necesariamente en como ésta se brinde, sino que existen algunos factores que pueden alterar o influenciar en ella (Lemme, Noronha y Resende, 1991).

Nuestros resultados muestran los promedios de los dominios que explican la satisfacción global encontrándose que el promedio más alto lo presenta el dominio calidez (8.039301) considerándose como satisfecho y el más bajo índice el dominio fiabilidad (7.228079) considerado como no satisfecho. Y además no se encontraron diferencias significativas en cada uno de las cinco dimensiones de la satisfacción comparando la variable status entre usuarios SIS y usuarios No SIS.

Ferreira, H. (1982) evalúa el grado de satisfacción de los usuarios portadores de problemas crónicos respiratorios, en el que se considera las opiniones de los pacientes y los proveedores de salud; los resultados obtenidos, se verifican a través de opiniones, y demandas. En este trabajo se emplearon formularios de recolección de datos para el paciente y su proveedor, para obtener los elementos a medir relacionados a la calidad. Los pacientes portadores de dolencias respiratorias crónicas estuvieron satisfechos en cuanto a la acción de actividades destinadas al tratamiento del problema y no estuvieron satisfechos con las actividades que les deberían proporcionar sensación de confort, trato y resarcimiento. El

resultado de este estudio no se condice con lo observado en el nuestro, a pesar que es una población de pacientes crónicos a diferencia de nuestros pacientes que requerían atención inmediata.

En otra investigación se muestra que la satisfacción con los servicios de salud depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y el trato personal que recibe el paciente del proveedor de salud. En este estudio los parámetros utilizados para medir la satisfacción con los servicios fueron: satisfacción con el trato y el manejo del profesional de salud, con los servicios de laboratorio, farmacia, radiología y sala de emergencia. Se utilizó un cuestionario para recopilar la información de 319 pacientes en tres Centros de Salud Familiar de la Región Noreste Bolivia, en donde los resultados indican que la mayoría de los pacientes están satisfechos con los servicios de laboratorio y de radiología pero no así con los de farmacia y los de sala de emergencia, finalmente más de un 70% de los encuestados se sienten satisfechos con los servicios médicos recibidos, en contraste con los hallazgos de nuestro estudio con 41%. Las variables de edad y estado de salud fueron las únicas variables que correlacionaron con satisfacción de los servicios (Moscoso, Parrilla y Suarez, 2005); en contraste con lo nuestro que se encontró significancia solo con el tiempo de hospitalización.

Al respecto Pelicioni, M. (1989) realizó un trabajo en el Centro de Salud de Sao Paulo, en donde se brindan los servicios de salud basados en la opinión de los usuarios del servicio. Los datos reportados fueron el resultado de la entrevista a 124 usuarios de los servicios del Centro de Salud. Los resultados revelan que los investigados estuvieron satisfechos con los servicios ofrecidos, a pesar de sentir alguna dificultad, de relación con el personal de salud y de hallazgo inadecuado en la calidad de la ambientación especialmente en lo referente a la higiene física. Ellos demuestran también que las opiniones favorecen el servicio prestado, así este no cumpla con los estándares requeridos.

En este sentido Cardiel, Ruiz y Alcocer (1993) refieren que cuando se le brinda atención médica al paciente, se debe considerar la satisfacción de

este para evaluar la calidad de la atención. Para sustentar tal situación realizó un estudio descriptivo y transversal aplicando un cuestionario a 220 pacientes al salir de su consulta médica habitual a través de un entrevistador entrenado. El instrumento evaluaba diversos elementos, las preguntas se contestaban en su mayoría en escalas visuales análogas de 0-10, los resultados manifiestan en general, que el grado de satisfacción con la atención recibida es alto pero significativamente menor para el servicio de recepción ($p < 0.05$), en otros servicios los pacientes de menor escolaridad se encontraban más satisfechos y conocían con menor frecuencia el nombre del médico y su diagnóstico ($p < 0.05$), finalmente se concluye que la satisfacción del paciente puede utilizarse para mejorar la calidad de la atención médica; debiéndose fomentar su detección y atender sugerencias. En relación con nuestro estudio en Confiabilidad (dimensión 5) y satisfacción hay concordancia con estos hallazgos, enfatizando por ende en brindar una buena atención médica.

En Lima, se realizó un estudio en el Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, en servicio de cirugía pediátrica, encontrando que la calidad de atención que oferta el servicio presenta problemas que deben ser mejorados, y en general el grado de insatisfacción fue del 25 por ciento (Hermoza y Correa, 1990). Comparado con el grado de satisfacción global de nuestro estudio se encontró el 41% de satisfechos, y comparativamente fue en mayor proporción en usuarios SIS con 50.22% en relación a usuarios No SIS con 49.78%.

En Trujillo se han realizado algunas investigaciones (Matos, 2002) (Bejarano, 1998), una de ellas buscó determinar la calidad de atención brindada por la enfermera a los pacientes del servicio de Medicina del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, en el cual encuentran que el 63 por ciento recibía una óptima calidad de atención y el complemento una atención inadecuada (Matos, 2002). Se evidencia hallazgos concordantes con nuestro estudio, comparando con nuestro estudio en la atención brindada por médicos.

Se concluye finalmente que los diferentes indicadores muestran que los pacientes tienen diversas percepciones para las dimensiones de la calidad de atención y por ende variada en su satisfacción, si bien es cierto en varios indicadores no se reportan diferencias significativas, existen indicadores en el que el paciente del SIS tiene mejor percepción que los pacientes que no cuentan con este seguro.

CONCLUSIONES

- 1) No se encontró asociación entre el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas SIS y las usuarias hospitalizadas NO SIS en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- 2) El índice de satisfacción de las usuarias hospitalizadas SIS fue de 7.79 (Poco satisfecho).
- 3) El índice de satisfacción de las usuarias hospitalizadas NO SIS fue de 7.73 (Poco satisfecho).
- 4) El índice de satisfacción general de las usuarias hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé fue de 7.79 (Poco satisfecho)
- 5) No se encontró asociación entre todas las variables socio demográficas (tipo, edad, status y tiempo de hospitalización) y el índice de satisfacción general.
- 6) No se encontraron diferencias significativas en cada una de las cinco dimensiones de la satisfacción cuando fueron comparados entre usuarias SIS y no SIS.
- 7) El mayor índice de satisfacción fue en el dominio calidez de 8.04 (moderadamente satisfecho), y menor índice de satisfacción en el dominio fiabilidad 7.23 (Poco satisfecho).

RECOMENDACIONES

- Capacitación continua y permanente en la calidad de atención y el involucramiento de todo el personal de salud para que se sientan comprometidos y motivados con el logro de mejorar la satisfacción de los usuarios.
- Implementar proyectos de mejora para aumentar la satisfacción de las usuarias en los dominios con baja puntuación, como fiabilidad apuntalando a mejorar la comunicación medico paciente.
- Desarrollar talleres motivacionales para el personal asistencial para aumentar la puntuación en el dominio respeto, sobre todo en la privacidad de su atención de la paciente obstétrica
- Desarrollar los flujos de atención de los pacientes SIS y no SIS para encontrar puntos en común y poder proponer unificar todo en un solo proceso ya que no se encuentran diferencias significativas entre estos dos grupos.
- Evaluación periódica de la satisfacción a través de un índice de satisfacción para poder comparar las mediciones a través del tiempo y cuantificar la brecha entre una medición y otra.
- Continuar con la universalización de aseguramiento en salud, buscando la implementación de estándares de calidad básicos en todos los establecimientos en los que se atiende la población.
- Socialización de los resultados obtenidos de esta investigación a los usuarios internos y externos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre G. (1991). Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mexicana*, 33,623.

Albrecht, K. (1990). *La Revolución de los Servicios*. Santa Fé de Bogota: Serie empresarial, Editorial Legis.

Alvarado, S. (2000). El plan de cuidados y la calidad de atención que brinda la enfermería en el HNGAI. *Rev. Cubana Enfermería*, 16(2):133-136.

Armstead, R., y Leong, D. (1999). Outcome's improvement: The true mark of quality in managed care. *Am J Med. Qual*, 14(5), 202-210.

Bejarano, E. (1998). *Calidad de atención que se brinda en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray*. IPSS. 1997. Tesis para Optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo.

BOGGIANO, Emilio. (2004). ¿Estamos satisfechos?. *Arch. argent. Pediatr*, 102(1). Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000100002&lng=es&nrm=iso.

Cardiel, M., Ruiz, R., y Alcocer, J. (1993). La calidad de la atención médica en el Servicio de Reumatología de un centro de tercer nivel vista a través de la satisfacción del paciente. *Rev. mex. Reumatol*, 8(3), 136-41.

Casparie, AF. (1998). Quality management of occupational health services: the necessity of a powerful medical profession. *Occup Med*, 48(3), 203-206.

Cronin, J y Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

Cuevas. UML., Ávila, MI., Oliver, MJ., Sumano, CM., Palomares, HG. y Garduño EJ. (1991). Relación entre médicos y pacientes en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. *Salud Pública Mexicana*, 33,576.

Deming WE. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Diario Oficial El Peruano. Decreto Supremo 003- 2002. Extraído el 25 de mayo del 2002 desde <http://www.sis.gob.pe/pdf/DS/DS003-2002-SA.pdf>.

Diario Oficial El Peruano. *Resolución Directoral N° 047-2003-EF/76.01*. Extraído el 26 diciembre 2003 desde [http://www.mintra.gob.pe/contenidos/portal de transparencia/administracion/directiva_austeridad.pdf](http://www.mintra.gob.pe/contenidos/portal_de_transparencia/administracion/directiva_austeridad.pdf).

Donabedian A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Méx.*, 32,113.

Donabedian A. (1991). *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. (1° Ed.). México: La Prensa Médica Mexicana.

Ferreira, H. (1982). *Grau de satisfazao dos pacientes portadores de doenza respiratória crónica quanto assistência de enfermagem recebida*. Presenteada a Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem para obtenção de grado de Mestre.

Finkel, ML. (1997). The importance of measuring patient satisfaction. *Empl. Benefits J*, 22(1), 12-15.

Frías, R. (2007). *Gestión de la Calidad*. Matanzas, Cuba: Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos. Centro de Estudios de Turismo.

Frías, R. (2007). *Herramientas de apoyo a la solución de problemas no estructurados en empresas turísticas (HASPNET)*. Matanzas, Cuba: Universidad de Matanzas. Centro de Estudios de Turismo.

Hermosa, M., y Correa, M. (1990). Nivel de calidad en el servicio de cirugía pediátrica. *Rev. Med. IPSS*, 5(2), 2-3.

Hospital Nacional docente Madre Niño San Batolomé. Oficina de Gestión de la Calidad. (2005). *Informe de la medición de la percepción de la calidad de la atención en la hospitalización del HONADOMANI San Bartolomé, Octubre 2005*. Lima: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1994). Modelo de atención a la salud. *Rev. Med IMSS*, 32, 38-39.

Jones L. (1990). The fundamentals of medical good care. *Salud Pública Mexicana*, 32,245.

Kotler, P. (1988). *Marketing Management* (6ta. Ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice €“ Hall.

Lehtinen, J. (1983). *Compañía de servicios orientados al cliente*. Finlandia: Espoo.

Lemme, A., Noronha, G., y Resende, J. (1991). A satisfação do usuário em hospital universitário. *Rev. saúde pública*, 25(1), 41-46.

Lozada, F. y Álvarez, L. (1993). Evaluación de mejoramiento de servicios de salud de México-BID. *Salud Pública Mexicana*, 35,541.

Management. En *Business Dictionary*. Recuperado el 29 de noviembre del 2012 desde <http://www.businessdictionary.com/definition/management.html>

Matos, M. (2002). *Calidad de atención en enfermería práctica de interrelación enfermera-paciente percibida por los pacientes. Servicio de Medicina HVLE. EsSalud*. Tesis para Optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. UNT. Trujillo.

Michalak, J. (1996). Quality assurance in occupational health services. *Med. Pr.*, 47(3), 267.

Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. (2002). *Proyecto 2000: Un proyecto de innovaciones en salud. Reporte técnico final del equipo de asistencia técnica*. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000.

Ministerio de Salud del Perú. (2000). Lineamientos Técnicos referenciales para la medición de los niveles de satisfacción de usuarios en hospitales. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

Ministerio de Salud del Perú. (2001). *Lineamientos de políticas del sector salud 1995-2000*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pubs/lineamientos/index.htm> [STANDARDIZEDENDPARAG].

Ministerio de Salud del Perú. (2002). *Lineamientos de políticas sanitarias del Perú 2002-2012*. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/ocom/lineamientos/Lineamientos7.pdf> [STANDARDIZEDENDPARAG].

Moscoso, M., Parrilla, I., y Suárez, R. (2005). Satisfacción de los pacientes con el servicio de salud en tres Centros de Salud Familiar de la Región Noreste. *Bol. Asoc. M,d. P. R.*, 82(9), 425-8.

Norma ISO 9000:2000. *Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario*. Extraído de <http://endrino.pntic.mec.es/jhem0027/calidad/normalizacion/vocabulario.htm>

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. y Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Qualitative. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. y Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.

Pelicioni, M. (1989). *Serviços de saúde: utilização e opinião dos usuários*. Presenteada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública para obtenção de grado de Mestre.

Pérez, R. y Ibarra, A. (2005). La evaluación de la satisfacción de la población con los servicios de salud. *Rev. cuba. adm. Salud*, 11(3), 255-262.

Robbins, S. (2000). *Managing Today* (2º ed.). Arizona: Prentice Hall.

Ruelas BE. (1994). Sobre la garantía de la calidad, conceptos, acciones y reflexiones. *Gaceta Med Mexicana*, 130(4), 218-227.

Ruiz, CH. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mexicana*, 32,156.

Salinas, OC., Laguna, CJ. y Mendoza, MMR. (1994). La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mexicana*, 36,2.

Schroeder, R. (1992). *Administración de Operaciones* (3ra. Edición). México: McGraw Hill Interamericana.

Schufer de Paikin, M. (1983). Satisfacciones e insatisfacciones en la relación médico-paciente. *Acta psiquiatr. psicol. Am. Lat*, 29(4), 277-282.
Secretaría de Salud. (1990). *Norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica*. México, Distrito Federal: SSA.

Secretaría de Salud. (1990). *Programa Nacional de Salud*. México, DF: SSA.

Secretaría de Salud. (1990). *Sistemas locales de salud*. México, DF: SSA.

Westerholm, P. (1999). Challenges facing occupational health services in the 21st century. *Scand J Work Environ Health*, 25(6), 625-632.

Yhosida K. (1994). Revisiting Deming's 14 points in light of Japanese business practices. *Quali Management J*; Fall:14-42. Recuperado de <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0036-3634200100020000500009&lng=pt&pid=S0036-36342001000200005>.

ANEXOS

1) ASPECTOS ETICOS.

Esta investigación es del tipo cualitativo, en su desarrollo se tomará en cuenta los siguientes puntos referentes a la ética:

Valor social o científico. Para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. El presente trabajo busca conseguir una intervención que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata. Las personas encuestadas no serán expuestas a riesgos.

Validez científica. En esencia, la validez científica de un estudio en seres humanos es en sí un principio ético. Como tal se plantea: a) un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; b) un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; c) alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.

Selección equitativa de los sujetos. La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que estos son escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas. Una selección equitativa de sujetos requiere que la ciencia dicte a quién incluir como probable sujeto.

Evaluación independiente. Los investigadores tienen potencial de conflicto de intereses. Estos intereses pueden distorsionar y minar sus juicios en lo referente al diseño y la realización de la investigación, al análisis de la información recabada en el trabajo de campo, así como su adherencia a los requisitos éticos. La evaluación independiente del cumplimiento con los requisitos éticos da a la sociedad un grado mayor de seguridad que las personas-sujetos serán tratadas éticamente y no como medios u objetos.

Consentimiento informado. La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Los requisitos específicos del consentimiento informado incluyen la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación – y en la investigación –, una debida comprensión del sujeto de esta información y de su propia situación, y la toma de una decisión libre, no forzada sobre si participar o no. El consentimiento informado se justifica por la necesidad del respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, se recomienda que el consentimiento sea escrito.

Confidencialidad. La reserva en el manejo de la información debe ser respetada con reglas explícitas de confidencialidad. El bienestar del sujeto debe vigilarse

cuidadosamente a lo largo de su participación y, si es necesario, debe recibir las atenciones necesarias incluyendo un posible retiro de la investigación.

2) INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO HOSPITALIZADO

INTRODUCCIÓN

La presente encuesta tiene por objeto valorar la satisfacción de los pacientes (usuarios externos) con respecto a la atención recibida durante su hospitalización en el HONADOMANI “San Bartolome”. Su opinión es crucial para poder identificar qué aspectos debemos reforzar a fin de mejorar la calidad de la atención que brindamos a UD. y a todos nuestros pacientes.

Esta encuesta es anónima y de ninguna manera podrá ser utilizada en beneficio o perjuicio de su persona.

La presente encuesta consta de 2 partes:

- **Parte 1:** Referida a su perfil como paciente de nuestro hospital
- **Parte 2:** Referida a su percepción con respecto a la calidad de la atención recibida durante su hospitalización en nuestra institución.

Capítulo I

DATOS GENERALES

1. Tipo de entrevistado:

☐ Paciente

☐ Apoderado

2. Edad del paciente: ____ años

3. Tipo de usuario:

☐ nueva

☐ continuadora

4. Status del paciente:

☐ No SIS

☐ SIS

5. Tiempo de hospitalización: ____ días

Capítulo II

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN HOSPITALIZACIÓN

INSTRUCCIONES: Por favor, marque con un aspa (X) la alternativa que mejor refleje su satisfacción respecto a la característica a evaluar. Tome en consideración lo siguiente:

0 = “Máximo grado de **INSATISFACCIÓN** que UD. se pueda imaginar”

10 = “Máximo grado de **SATISFACCIÓN** que Vd. se pueda imaginar”

CARACTERÍSTICA a evaluar	Rango de INSATISFACCIÓN					N e u t r o	Rango de SATISFACCIÓN				
	E x	M	M	P	M		M	P	M	M	E x
Aspectos Tangibles											
Señalización y comodidad del hospital	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Limpieza de las instalaciones	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Comida	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Fiabilidad											
Tiempo de espera durante su admisión	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Trámites en general	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Horario de visitas	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Capacidad de respuesta											
Trato del personal de salud no médico	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Trato del personal médico	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Información sobre su diagnóstico y tratamiento	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Seguridad											
Respeto de la intimidad del paciente (Privacidad)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Empatía											
Calidez de la atención	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
EN GENERAL											
Calidad de la atención en general	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

3) GUIA PARA EL ENCUESTADOR

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO HOSPITALIZADO

GUÍA DEL ENCUESTADOR

1. LA ENCUESTA

Esta encuesta es una guía de entrevistas compuesta por un total de 17 ítems divididos en dos partes:

- **Parte 1:** Referida a la identificación del perfil del paciente (5 ítems)
Esta primera parte de la encuesta tiene como objeto identificar y caracterizar el usuario externo. Para ello incluye los siguientes cinco ítems estructurados, los mismos que serán utilizados como variables de tipo control:
 - Tipo de entrevistado.- Clasificado como paciente o acompañante
 - Edad del paciente: Edad de la paciente
 - Tipo de usuario: Clasificado como nueva o continuadora
 - Status del paciente.- Clasificado como No SIS y SIS
 - Días de hospitalización.- Día de hospitalización en que la paciente es encuestada.
- **Parte 2:** Referida a la percepción de la calidad de la atención propiamente dicha (12 ítems)
Esta segunda parte de la encuesta tiene por objeto evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del cliente. Para tal efecto, según lo planteado por Parasuraman et al¹ se han considerado las siguientes dimensiones de la calidad:
 - Elementos tangibles.- En referencia al grado de satisfacción y confort que inspiran en el usuario externo la señalización y comodidad del hospital, la limpieza de las instalaciones y la comida recibida durante su hospitalización.
 - Fiabilidad: Referida a la habilidad del hospital para prestar un servicio de hospitalización a la medida de las expectativas de los pacientes, esto es, a través de la valoración del grado de satisfacción y confort que inspiran en el usuario externo los tiempos de espera durante su admisión, los trámites en general, y el horario de visitas.
 - Capacidad de respuesta: Referido a la disposición y voluntad de los trabajadores del hospital para ayudar al cliente y proporcionar un servicio de hospitalización de calidad, valorado a través del grado de satisfacción del paciente con el trato del personal de salud no médico, el trato del personal médico y la información sobre su diagnóstico y tratamiento.

¹ Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing 1988;64 (1): 12-40.

- Seguridad: Referido al conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza durante la prestación del servicio de hospitalización, esto es, a través de la valoración del grado de satisfacción del paciente con el respeto a la intimidad del paciente.
- Empatía: En referencia al grado de satisfacción del paciente respecto de la atención individualizada recibida durante su estancia hospitalaria, entendida como la percepción de la calidez de la atención.

2. LA ENTREVISTA

Una entrevista es una forma de obtener información por medio de un conjunto de preguntas que se realizan a una persona que cumpla con las características planteadas por el estudio.

Uno de los aspectos más importante de una entrevista es que ésta no debe realizarse de forma mecánica, sino más bien como una conversación normal entre dos personas. Para obtener los mejores resultados en una entrevista es necesario seguir algunos principios básicos, así como seguir algunas pautas que permitirán que la entrevista se desarrolle de manera natural.

2.1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE UNA ENTREVISTA

2.1.1. Identificación de la persona idónea para la entrevista

En primer lugar se debe identificar correctamente quién es una persona apropiada para ser entrevistada, realizándose la entrevista directamente a las pacientes.

Para efecto del presente estudio sólo se considerarán a las pacientes que hayan sido hospitalizados el día anterior más no los pacientes recién ingresados. Es decir, se deberá acudir al estar de enfermería y consultar a priori qué pacientes tienen cuando menos un día de hospitalización y pasar a encuestarlos.

2.1.2 Acceso a la persona entrevistada

Es muy importante que el encuestador y la persona entrevistada no se conozcan. Esta es la primera regla de toda entrevista. Por esta razón, la primera impresión resulta importante para lograr la colaboración del entrevistado. Lo primero que debe hacer el encuestador una vez que está frente al entrevistado es presentarse amablemente, indicando el objetivo de la encuesta.

Una posible introducción es:

“Buenos días, soy miembro del Departamento de Gineco Obstetricia y estamos muy preocupados por determinar qué tan bien estamos atendiendo a nuestros pacientes. Estamos realizando un estudio para ver la satisfacción de nuestros pacientes. Para ello estamos aplicando la presente encuesta (mostrar el instrumento). Esta es una encuesta que no sólo nos permitirá mejorar la calidad de atención que brindamos a pacientes como UD, sino que contribuirá para mejorar la calidad del departamento de Gineco Obstetricia de nuestro hospital”.

2.1.3 Confidencialidad de la información que brinda el entrevistado

Antes de empezar a realizar las preguntas al entrevistado, se le debe comentar a éste el estricto carácter de confidencialidad de la información que brindará. El entrevistado debe entender claramente que no se publicará su nombre ni la información específica que él brinde.

Por ningún motivo se debe entregar cuestionarios (llenos o vacíos) a otras personas, aún sea el supervisor u otros encuestadores, durante la entrevista. El material completo de los cuestionarios debe recibirse antes de empezar a realizar las encuestas y debe devolverse al supervisor una vez completadas éstas.

Asimismo, es importante que la entrevista se realice en privado. Es decir, que se debe evitar que la entrevista se realice en presencia de otras personas ajenas al entrevistado; si esto sucede el entrevistado podría alterar una respuesta u omitirla. En este sentido, no se deben realizar las entrevistas en las salas de espera, por ejemplo, o algún otro ambiente donde otras personas puedan estar atentas a las respuestas del entrevistado. En caso no logre encontrar un lugar adecuado donde realizar la entrevista, pregunte al entrevistado si le incomoda realizarla en un ambiente donde hayan otras personas; si su respuesta es positiva (le incomoda), pídale al entrevistado dirigirse a un lugar más privado.

2.1.4 Neutralidad del encuestador

Quien debe brindar las respuestas es el entrevistado y no el encuestador. Resulta sumamente importante que el encuestador se mantenga neutral respecto al contenido de la encuesta, así como de las respuestas del entrevistado.

Si la respuesta de la entrevistada es vaga y no concuerda claramente con las alternativas del cuestionario, no se debe interpretar la respuesta dada por la entrevistada. En este caso, el encuestador debe indagar más sobre la respuesta brindada. Algunas frases que se pueden utilizar en este caso son: “¿Podría explicarme un poco más?”, “No pude oír bien lo que dijo”, “¿Podría repetir lo que dijo?”. El encuestador debe aceptar las respuestas sin mostrar reacciones personales, juicios, ideas preconcebidas. Se debe evitar cualquier gesto físico o comentario verbal que cuestione la respuesta de la entrevistada. Nunca se debe hacer notar que la entrevistada, a juicio del encuestador, ha dado una respuesta incorrecta o errónea. En el caso que la entrevistada pregunte al encuestador su opinión, éste debe sugerirle que la opinión que tiene valor es la del entrevistado y que si desea después de culminar la encuesta podrán tomarse algunos minutos para conversar sobre el tema

2.2 LA CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA: HACER PREGUNTAS.

Como se mencionó anteriormente, la entrevista debe conducirse como una conversación fluida, en ningún momento debe volverse una situación mecánica en la que el entrevistado se aburra y busque culminar con la entrevista anticipadamente. Para ello, es necesario que el encuestador conozca plenamente el contenido del cuestionario, de manera que el cuestionario sólo le permitirá recordar el orden de las preguntas sin convertirse en una lectura monótona de éstas. Sin embargo, no deben reformularse las preguntas, éstas deben ser planteadas al entrevistado de la manera en la que se encuentran en el cuestionario. Un replanteamiento de la pregunta podría llevar a preguntar por algo distinto.

2.2.1 No asumir cosas por adelantado

Las variables de los entrevistados no deben llevar al encuestador a asumir respuestas o a formarse expectativas anticipadas. Recuerde que no se deben interpretar las respuestas del entrevistado, un mal peor es asumir respuestas que el entrevistado no da. Asimismo, no se debe sugerir respuestas en razón del aparente nivel cultural del entrevistado.

Por ningún motivo debe dar señales a la entrevistada de tener prejuicios sobre su opinión, ello rompería la confianza que pueda establecerse entre ambos. El encuestador debe hablar y comportarse de tal manera que la entrevistada se sienta cómodo y no provoque desánimo en las respuestas, o lo que es peor que brinde respuestas en función de lo que considera que el encuestador desea oír.

2.2.2. No apresurar la entrevista

Si las preguntas se formulan apresuradamente, es altamente probable que la entrevistada no las comprenda. Éstas deben plantearse de manera clara y pausada. Luego, se le debe dar el tiempo necesario la entrevistada para formar su opinión y brindar su respuesta. Si por el contrario, es el entrevistado quien responde rápidamente, es posible que estas respuestas no reflejen su verdadera opinión. Ante ello, se le debe explicar a la entrevistada que: “no hay prisa, dado que sus respuestas son de vital importancia para la calidad de los departamentos que se brindan a todos los pacientes”.

Una vez finalizada la entrevista, debe revisar que todas las preguntas estén respondidas. Si es necesario, reformule las que faltan. Agradezca al entrevistado por la información brindada y díglele que su colaboración será muy útil para la mejora de la calidad de los departamentos que brinda el hospital.

2.2.3. Fin de la entrevista

Si por cualquier motivo el entrevistado intenta finalizar la entrevista antes de culminar el cuestionario, intente convencerlo de continuar; recuérdale la importancia de su opinión. Debe realizar todos los esfuerzos por culminar la entrevista.

3. RESPECTO DE LA ENCUESTA PROPIAMENTE DICHA

3.1. PARTE 1: DATOS GENERALES

Estas son las variables de control que nos permitirán comparar los diferentes grados de satisfacción de los usuarios.

Siga la siguiente guía de la entrevista:

- | | |
|-----------------------------|--|
| Ítem 1 Tipo de entrevistado | Este ítem debe resolverse a priori con la información obtenida de enfermería |
| Ítem 2 Edad del paciente | Preguntar: Qué edad tiene UD? |
| Ítem 3 Tipo de usuario | Este ítem debe resolverse a priori con la información obtenida de enfermería |

Ítem 4 Status del paciente Este ítem debe resolverse a priori con la información obtenida de enfermería

Ítem 5 Días de hospitalización Este ítem debe resolverse a priori con la información obtenida de enfermería

3.2. PARTE 2: ENCUESTA PROPIAMENTE DICHA

En esta parte explique lo siguiente:

Ahora necesitamos saber qué tan satisfecho está UD con respecto a determinados factores o procesos de su hospitalización. Para ello vamos a usar una escala del 0 al 10, donde:

0 = “Máximo grado de INSATISFACCIÓN que UD. se pueda imaginar”

10 = “Máximo grado de SATISFACCIÓN que Vd. se pueda imaginar”

Es decir:

Del 0 al 4 = De extrema insatisfacción a poca insatisfacción

5 = Ni insatisfecho ni satisfecho

Del 6 al 10 = De poca satisfacción a extrema satisfacción

Rango de INSATISFACCIÓN (INSAT.)					Neutro	Rango de SATISFACCIÓN (SAT.)				
Extremadamente	Muy INSAT.	Moderadamente	Poco INSAT.	Muy poco INSAT.		Muy poco INSAT.	Poco SAT.	Moderadamente SAT.	Muy SAT.	Extremadamente SAT.
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

Preguntar:

Que tan satisfecho está UD del 0 al 10 con...

Ítem 6 Señalización y comodidad del hospital

Ítem 7 Limpieza de las instalaciones

Ítem 8 Comida

Ítem 9 Tiempo de espera durante su admisión

Ítem 10 Trámites en general

Ítem 11 Horario de visitas

Ítem 12 Trato del personal de salud no médico

Ítem 13 Trato del personal médico

Ítem 14 Información sobre su diagnóstico y tratamiento

Ítem 15 Respeto de la intimidad del paciente (Privacidad)

Ítem 16 Calidez de la atención

Ítem 17 Calidad de la atención en general

En este caso preguntar:

Si tuviera que calificar en general toda la atención recibida desde que fue hospitalizada UD.

- UD se colocaría en el rango de los insatisfechos, de los pacientes ni satisfechos ni insatisfecho o en el rango de los satisfechos.

- Como cuán satisfecho/insatisfecho se considera UD:

() Extremadamente I/S

() Muy I/S

() Moderadamente I/S.

() Poco I/S

() Muy poco I/S.

3.3. AGRADECIMIENTO

Muchas gracias por su colaboración, tenga por seguro que esta información nos va ayudar muchísimo para mejorar la atención en nuestro hospital. Buenas días.